

L'ODONTOLOGIE



36e année Vol. LIV — N° 1. 30 JANVIER 1916

L'ODONTOLOGIE

PARAISSANT LE 15 ET LE 30 DE CHAQUE MOIS

ORGANE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE
ET DU GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
(SOCIÉTÉ DE L'ÉCOLE ET DU DISPENSAIRE DENTAIRES DE PARIS,
SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS)

Dirigée de 1881 à 1896 par Paul Dubois

DIRECTEUR : **CH. GODON,**
Président-directeur de l'École dentaire de Paris.

RÉDACTEUR EN CHEF : **MAURICE ROY,**
Professeur à l'École dentaire de Paris, Dentiste des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
HENRI DREYFUS,
Professeur suppléant à l'École dentaire de Paris.

Administrateur-Gérant :
V. E. MIÉGEVILLE,
Chef de clinique à l'École dentaire de Paris

36e année. — 1er SEMESTRE 1916 — Vol. LIV.

RÉDACTION ET ADMINISTRATION
A L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS
45, RUE DE LA TOUR-D'AUVERGNE
PARIS-IXe *Téléphone : Central 23.04*

ABONNEMENT :
FRANCE............ **10 fr.** | UNION POSTALE.. ... **12 fr.**
Le Numéro : 1 franc.

36e ANNEE. N° 1 30 JANVIER 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

A NOS LECTEURS

Depuis un an L'Odontologie *est parvenue à assurer sa publication et à tenir ses lecteurs au courant des travaux scientifiques et des événements professionnels résultant de l'état de guerre, malgré les difficultés de tous ordres qu'elle a rencontrées.*

L'Odontologie *est le seul organe dentaire français qui ait continué de paraître.*

Nous sommes heureux d'annoncer qu'à partir du présent numéro le nombre de nos pages est porté à 32, au lieu de 24. LA RÉDACTION.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face

(Suite.)

Par MM.

MAURICE ROY,
Président et chef du service clinique du Comité.

PAUL MARTINIER,
Chef du service technique du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

2° *Réduction lente.*

Ce mode de réduction est celui auquel nous avons recours dans la plupart des fractures anciennes pour les raisons que nous vous avons indiquées il y a un instant (voir p. 272).

Cette réduction lente nous l'obtenons à l'aide de divers procédés qui peuvent se diviser ainsi :

1° Force continue.

a. Ressorts.

b. Elastiques.

2° Force discontinue.

a. Coins.

b. Vérins et vis diverses.

c. Ligatures.

d. Plan incliné.

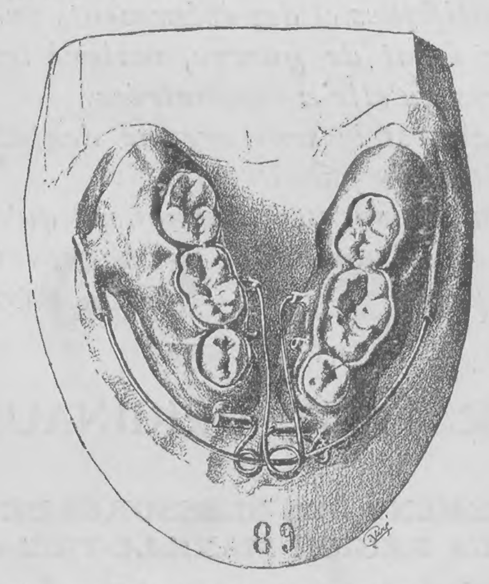


Fig. 3. — Appareil employé pour réduction lente *N*° 89 ; il est composé de deux attelles en argent coulé avec trois ressorts en fil de piano ; un ressort externe fixé dans deux tubes vestibulaires à la partie postérieure, un ressort médian antérieur, et un ressort interne fixé dans des tubes à la partie linguale, ces deux derniers en forme de lyre. Voir fig. 4 les moulages de la bouche avant et après réduction.

L'application de ces forces peut être, suivant les cas :

1° Intra-buccale ;

a. Mono-maxillaire.

b. Inter-maxillaire.

2° Extra-buccale [1].

A. — *Réduction lente. Force continue.*

La force fournie par un ou plusieurs ressorts en fil de

1. A part la fronde élastique, que nous utilisons dans un certain nombre de cas, nous n'avons employé une force extra-buccale que pour un seul cas. On voit ainsi que les procédés que nous employons contrastent sensiblement avec les nombreux appareils à action extra-buccale qui avaient été préconisés autrefois.

piano d'acier est une de celles que nous employons le plus fréquemment dans toutes les réductions de fragments avec

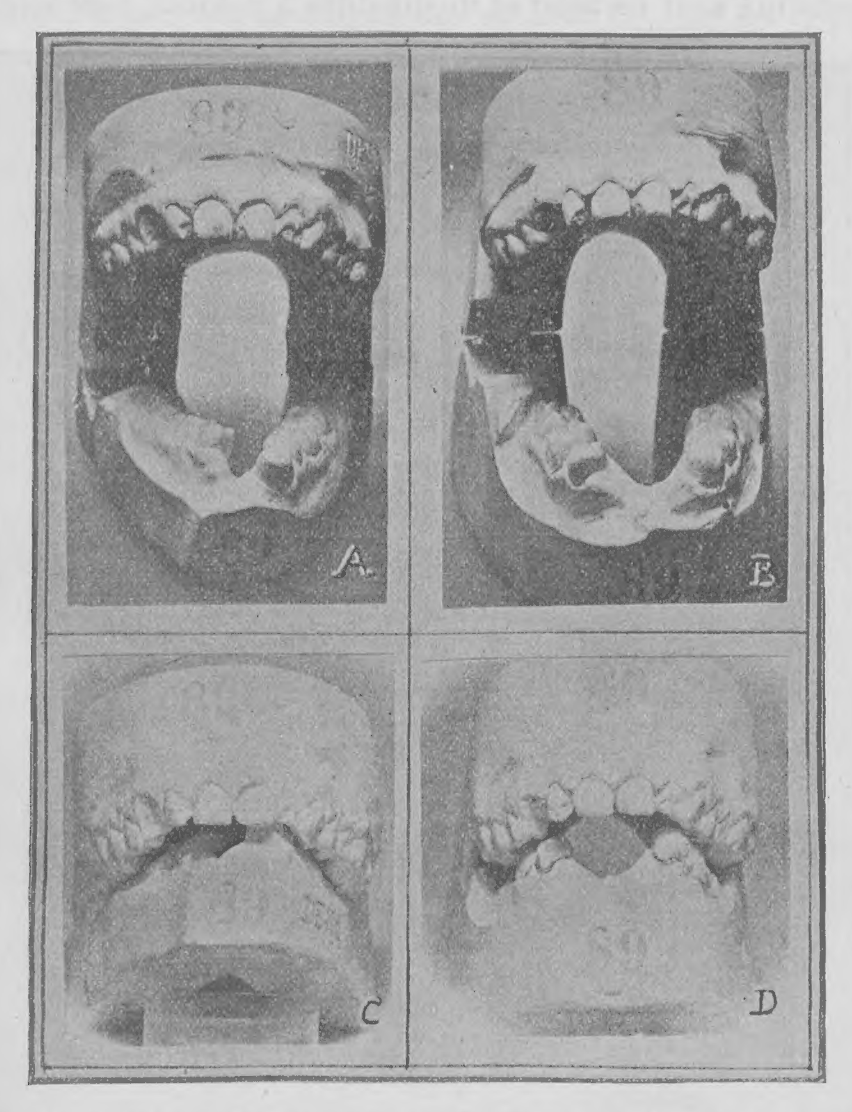


Fig. 4. — Le tirailleur G. . N° 89. Destruction du tiers antérieur de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, de la 2e prémolaire droite à la 2e prémolaire gauche.

A et C. Moulages de la bouche avant réduction, à l'entrée au Comité.

B et D. Moulages de la bouche après réduction à l'aide de l'appareil représenté fig. 3.

perte de substance quand les déviations ne sont pas par trop anciennes. Ces ressorts, dont la force et le mode d'action peuvent être variés à l'infini nous permettent d'obte-

nir des résultats très intéressants dont vous pourrez juger par quelques cas que nous allons vous présenter. Ces ressorts qui sont en acier et modifiables à volonté, sont mon-

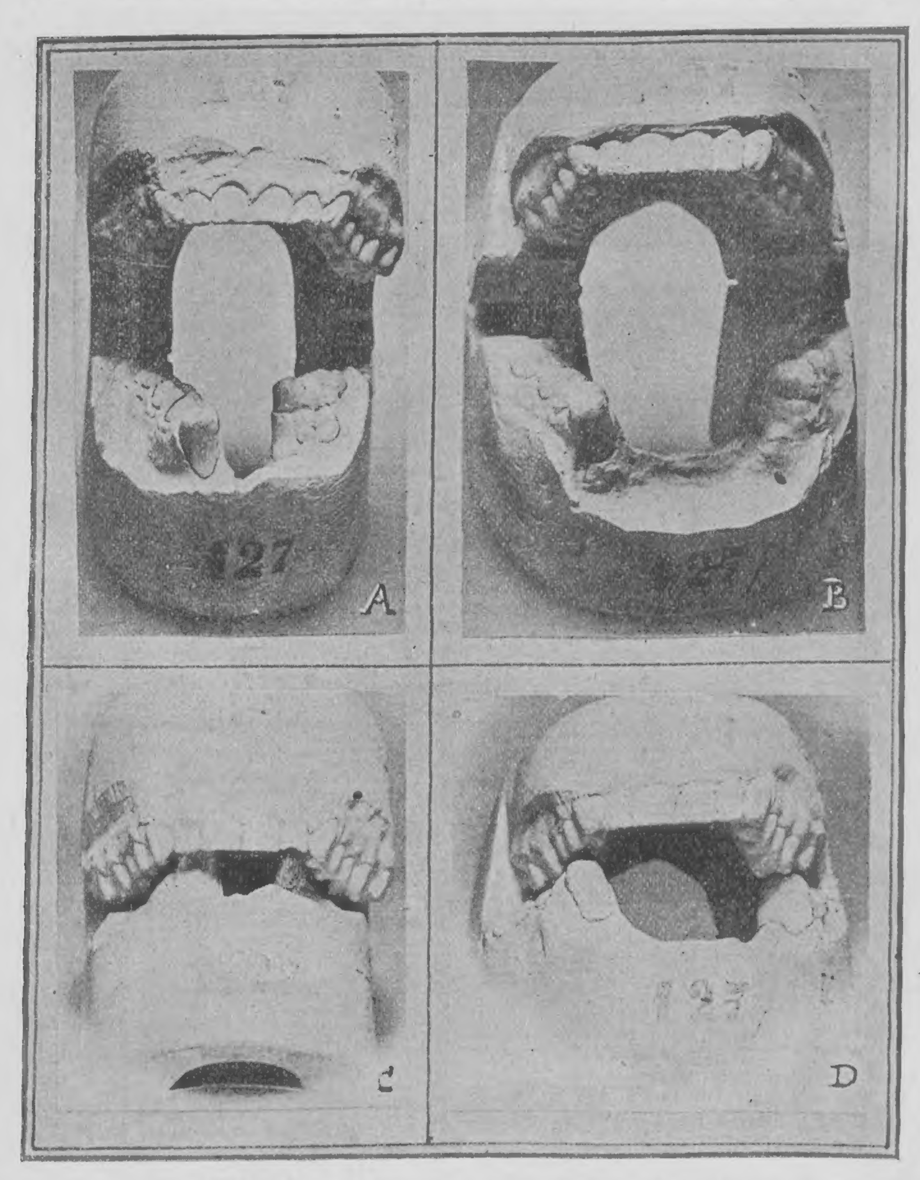


Fig. 5. — Le soldat *J*... *N*° 127. Destruction du tiers antérieur de la branche horizontale de la mâchoire inférieure de la 1re prémolaire droite à la 2e grosse molaire gauche.

A et C. Moulages de la bouche avant réduction, à l'entrée au Comité.
B et D. Moulages de la bouche après réduction à l'aide de l'appareil représenté fig. 6. L'occlusion est parfaite mais très imparfaitement rendue par la photographie par suite des difficultés d'éclairage.

tés sur des gouttières ou sur des attelles métalliques scellées au ciment sur les fragments [1]. Vous en voyez un exemple sur les moulages des soldats *G... N° 89* et *J... N° 127* qui peuvent être considérés comme des cas types de ce genre de réduction [2].

Ces gouttières en argent coulé portent, comme vous le voyez fig. 3 et 6, sur toute leur face linguale une série de petits tubes perpendiculaires à l'axe de l'arcade dentaire

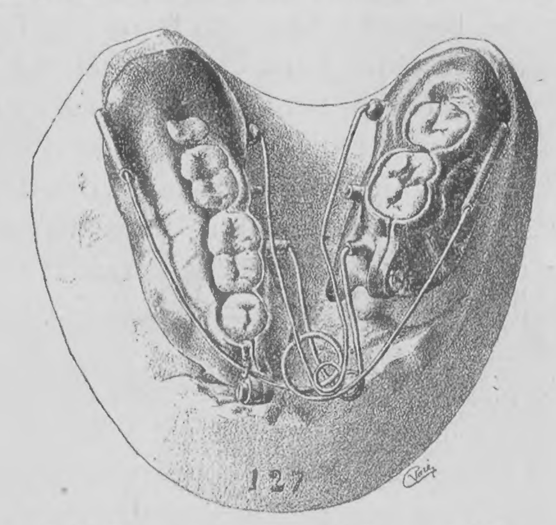


Fig. 6. — Appareil de réduction lente employé pour le *N°* 127, blessé dont les moulages sont représentés fig. 5, avant et après réduction. Cet appareil est composé de deux attelles en argent coulé fendues à leur partie antérieure qui est munie d'une vis à la partie pour en faciliter l'enlèvement ; il porte trois ressorts : un vestibulaire fixé dans deux tubes fermés en arrière et placés en dehors à la partie postérieure, et deux ressorts internes fixés dans des tubes de la face linguale et dont les points d'application peuvent varier à volonté des deux côtés à la fois ou de l'un ou l'autre côté seulement en modifiant le ressort en conséquence.

qui nous permettent de placer les ressorts en fil de piano exactement à la place où nous désirons appliquer la force pour écarter les fragments soit sur le même axe soit en des points différents (antérieur à gauche et postérieur à droite par exemple). Deux tubes dans le sillon vestibulaire

---

1. Disons pour la clarté des descriptions ultérieures que nous donnons le nom de *gouttières* aux appareils qui emboîtent les fragments en recouvrant complètement les dents, tandis que nous réservons celui d'*attelles* à ceux qui laissent une partie plns ou moins étendue des dents à découvert.

2. Les soldats *G... N°* 89 et *J.. N°* 127 ont été soignés au Comité par MM. Devoucoux et Triaire.

permettent d'obtenir une force analogue à celle de l'arc d'Angle en orthodontie ; des tubes verticaux, à la partie antérieure des gouttières permettent d'exercer une action sur cette région, au besoin dans le sens vertical en combinant l'emploi d'un tube vertical d'un côté avec un tube horizontal de l'autre. Ces gouttières ou ces attelles sont maintenant le plus souvent sectionnées à leur partie antérieure, dont les deux portions sont réunies par une vis suivant le procédé employé pour les bagues fendues de façon à en faciliter l'enlèvement lorsque la réduction a été obtenue (fig. 6, 7 et 10). Nous avons eu en effet quelques difficultés pour l'enlèvement des gouttières dans quelques cas de début où nous avions affaire à de petits fragments avec des dents peu solides. Avec les gouttières fendues nous n'avons plus de difficultés de ce genre ; il suffit de desserrer la vis et d'écarter les bords de la gouttière pour que celle-ci se descelle et se retire aisément.

Les fils de piano que nous employons sont de grosseur variable suivant la force nécessaire ; ces ressorts sont façonnés à la pince au fur et à mesure des besoins. Nous plaçons souvent plusieurs ressorts en des points différents comme dans les cas *Nos 89* et *127* (fig. 3 et 6) pour agir simultanément sur plusieurs points à la fois, ces ressorts peuvent être entre-croisés : une extrémité se trouvant fixée dans le tube vestibulaire de l'une des gouttières et l'autre extrémité dans un des tubes du côté lingual de la gouttière opposée (fig. 7 et 10).

Ces ressorts sont parfaitement tolérés par les patients, du reste nous les enveloppons en général dans un petit tube de caoutchouc. Il est cependant utile, durant les premiers jours, de placer un peu d'ouate dans leur voisinage pour éviter l'excoriation des parties molles comme au début des applications d'arcs en orthodontie.

Vous pouvez voir sur les moulages successifs qui vous sont présentés les étapes du traitement dans ces deux cas types dans lesquels toute la portion antérieure du maxillaire a été détruite.

Chez le tirailleur *G... N° 89* il manque le maxillaire dans toute sa hauteur (fig. 4, A et C)[1] depuis la 2e prémolaire droite, jusqu'à la 2e prémolaire gauche. La figure 3 montre l'appareil employé chez ce blessé et on voit sur la figure 4, (B et D) la mâchoire après réduction.

Chez le soldat *J... N° 127* l'os a disparu totalement depuis la canine droite y comprise jusqu'à la 2e grosse mo-



Fig. 7. — Appareil de réduction lente pour réduction du fragment droit en linguo-version avec chevauchement des deux fragments. Le ressort en fil de piano est entrecroisé, une de ses extrémités est logée dans un tube placé sur la face externe de la gouttière du fragment gauche et, après avoir contourné l'extrémité de celle-ci, il va se fixer dans un tube placé à la face interne du fragment droit affectant la forme d'un S.

laire gauche qui est conservée (fig. 5, A et C). La figure 6 montre l'appareil employé et la figure 5, B et D le résultat obtenu après réduction des fragments et réduction des brides cicatricielles. (Nous parlerons de ce dernier sujet dans un instant).

Comme on peut le voir (fig. 3 et 4) les fragments, dans ces deux cas, arrivaient presque en contact par leur portion

1. Les photographies de modèles sont de M. Delestre, membre du Comité de Secours, et celles des blessés de MM. Choquet et Wild également membres du Comité.

antérieure représentée chez l'un par la 2e prémolaire droite et la 1re prémolaire gauche, et chez l'autre par la 1re prémolaire droite et la 2e grosse molaire gauche.

Malgré l'ancienneté et la gravité de ces deux cas nous sommes arrivés vous le voyez, grâce à nos appareils actionnés par les ressorts en fil de piano, à une réduction parfaite et vous pouvez voir, notamment sur le modèle *127* (fig. 5, D), la perfection de l'occlusion de chacun des fragments après la réduction.

Signalons, à propos du *No 89,* une particularité sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure ; c'est que, malgré la

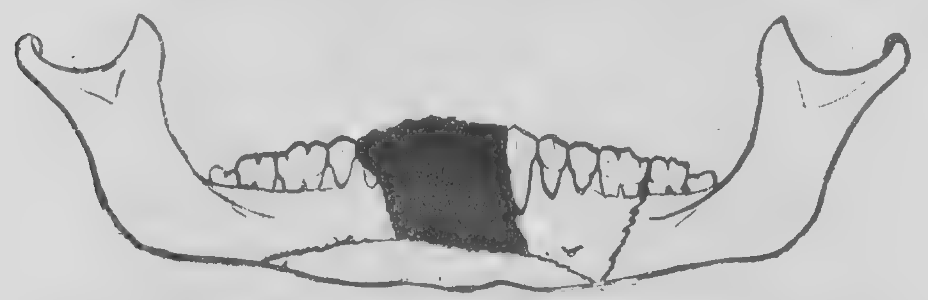


Fig. 8. — Le tirailleur algérien *B... No* 406. Fractures multiples du maxillaire inférieur avec perte de substance à la partie antérieure. La canine gauche et la 2e prémolaire droite étaient attachées ensemble par une ligature métallique à son entrée au Comité.

perte de substance osseuse totale sur la portion antérieure de la mâchoire et malgré la faible épaisseur des parties molles à ce niveau d'où nous avons extrait de nombreux séquestres, l'os s'est régénéré après l'application de l'appareil de contention grâce à la présence de lambeaux périostiques qui n'avaient pas été détruits. Cet homme n'a plus de pseudarthrose, son maxillaire inférieur est entièrement solide.

Nous vous présentons parmi nos blessés en cours de traitement le tirailleur *B... No 406* chez lequel nous avons fait la réduction de la fracture au moyen d'un appareil avec ressorts en fil de piano et chez lequel la réduction complète vient d'être obtenue ces jours-ci [1].

---

1. Le soldat *B... No* 406 a été soigné au Comité par M Duz.

Cet homme, entré au Comité le 16 avril, a été blessé le 19 mars par une balle qui est entrée au-dessous de la com-

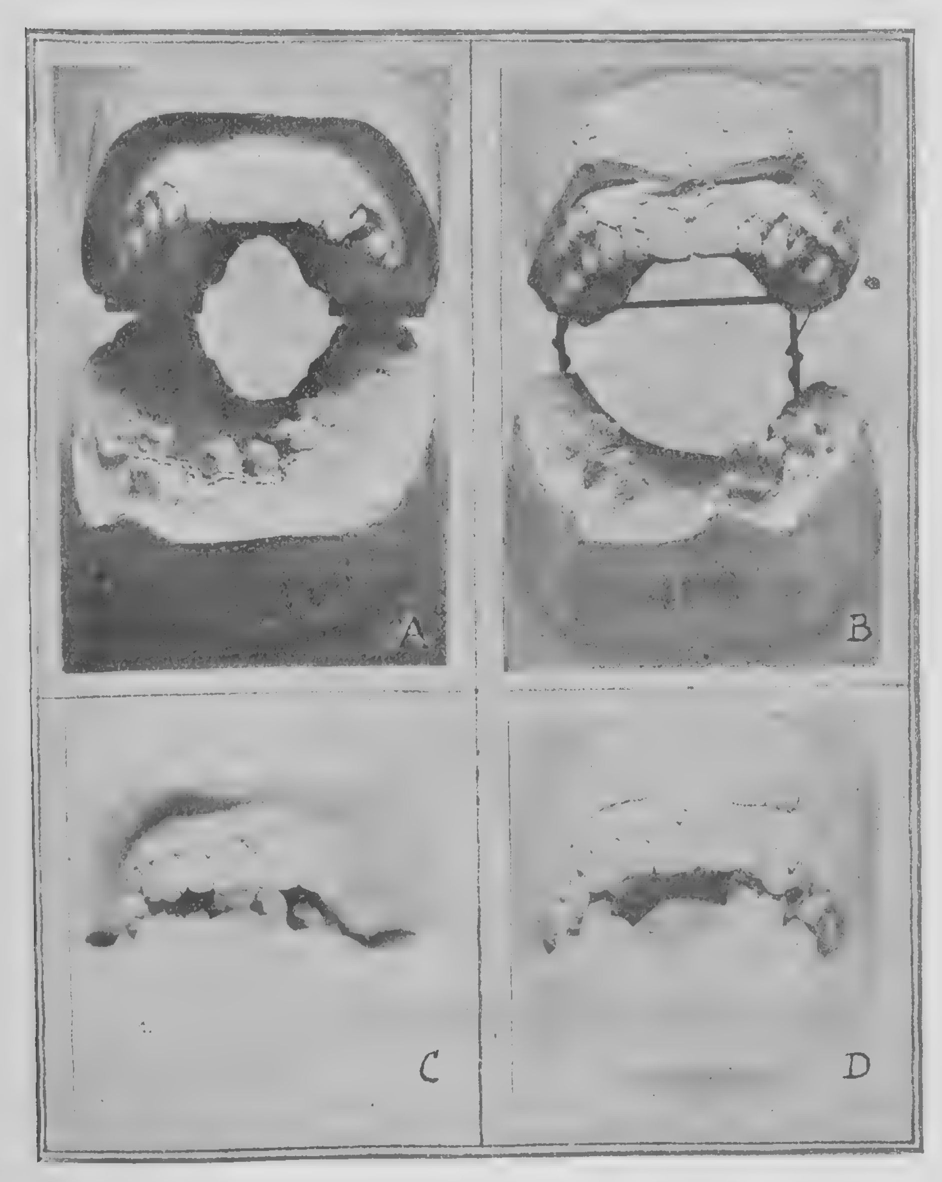


Fig. 9. — Le tirailleur algérien *B... N°* 406. Fractures multiples du maxillaire inférieur avec perte de substance à la partie antérieure. (Voir schéma fig. 8) A son entrée au Comité le malade avait la canine gauche et la 2ᵉ prémolaire droite réunies par une ligature métallique que l'on peut voir sur le moulage A.

A et C. Moulages de la bouche avant réduction.

B et D. Moulages de la bouche après réduction au moyen de l'appareil représenté fig. 10. L'occlusion des dents des divers fragments est parfaite sur les modèles et dans la bouche mais est très imparfaitement rendue par la photographie en raison des difficultés d'éclairage.

missure labiale droite et qui, après avoir fracassé la mâchoire inférieure est ressortie dans la région sus-hyoïdienne gauche en allant ensuite fracturer la clavicule. Comme vous pouvez le constater sur son schéma (fig. 8), il présentait des fractures multiples avec destruction de l'os au niveau des quatre incisives, de la canine et de la 1re prémolaire du

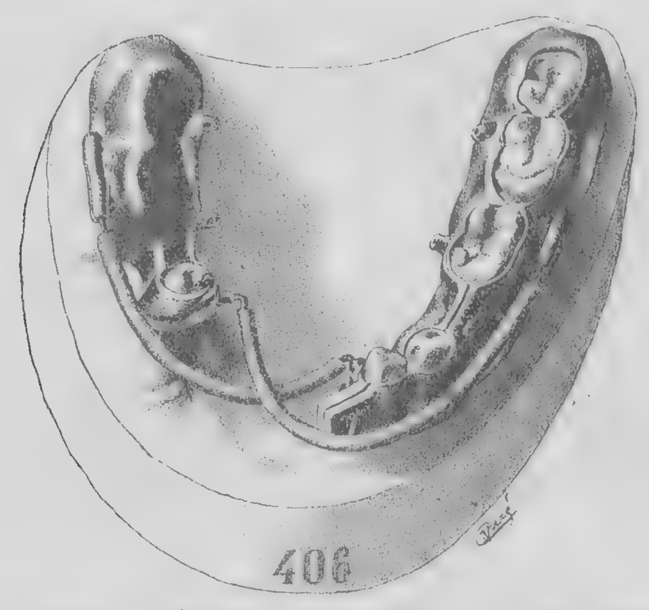


Fig. 10. — Appareil de réduction lente employé pour le *N°* 406 dont les moulages sont représentés fig. 9 avant et après réduction. Sur le fragment droit une gouttière fendue et sur le fragment gauche une attelle fendue. Deux ressorts en fil de piano d'acier (ils sont recouverts ici d'un tube de caoutchouc) qui sont entrecroisés, une de leurs extrémités étant logée dans un tube vestibulaire de l'une des gouttières et l'autre dans un tube lingual de la gouttière du côté opposé.

côté droit ; il avait en outre un trait de fracture horizontal au niveau du bord inférieur de l'os, s'étendant d'une 1re grosse molaire à la dent correspondante de l'autre côté, et enfin une fracture verticale entre la 1re et la 2e grosse molaire gauche.

A son arrivée ici, comme on le voit sur le modèle initial, la canine gauche était attachée à la 2e prémolaire droite par une ligature métallique qui avait été faite à l'ambulance de l'avant (fig. 9, A).

Il nous est arrivé ici dans un état pitoyable, extrêmement

faible et avec une suppuration tellement abondante qu'il était toujours porteur d'une petite cuvette pour cracher le pus qui lui emplissait sans cesse la bouche. Nous lui avons enlevé sa ligature, enlevé quantité de séquestres et nettoyé le foyer de fracture puis on lui a posé l'appareil que vous voyez, analogue à ceux que nous venons de vous présenter Cet appareil (fig. 10) présentait cependant cette particularité que les ressorts y étaient entrecroisés ; l'un allant du tube vestibulaire droit à l'un des tubes linguaux du côté gauche, l'autre allant du tube vestibulaire gauche à l'un des tubes linguaux du côté droit, ce qui donne plus de développement au ressort. La réduction complète a èté obtenue en deux semaines (fig. 9, B et D) et cela sans que l'appareil nuisit en quoi que ce soit au nettoyage de la plaie. Très rapidement celle-ci s'est considérablement améliorée pour le plus grand bien de l'état général qui, vous pouvez en juger, est maintenant très satisfaisant. On vient de confectionner à *B...* une gouttière qui va immobiliser ses fragments en bonne position et en réduisant la seconde fracture qu'il présentait à gauche entre les 1re et 2e grosses molaires, fracture dont on ne s'était pas occupé au début pour ne pas compliquer la première intervention. Vous pouvez constater (fig. 9, B et D) que la réduction que nous avons obtenue est absolument parfaite puisqu'elle nous donne l'occlusion normale de toutes les dents restantes sur les divers fragments [1].

(A suivre.)

---

1. Ce malade est aujourd'hui complètement guéri, sa fracture consolidée en excellente position et il est muni d'un appareil simple de prothèse dentaire.

REVUE DES REVUES

TROUSSE D'URGENCE POUR L'IMMOBILISATION IMMÉDIATE DES FRACTURES DES MAXILLAIRES

Par le Dr Pont,
Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

Au début de la guerre, il n'existait pas d'appareil pratique pour immobiliser immédiatement les maxillaires fracturés. On connaissait bien quelques appareils classiques (appareil de M. Cl. Martin, de Kingsley...), mais leur usage était loin d'être pratique, parce qu'ils nécessitaient une empreinte et devaient être construits spécialement pour chaque blessé. C'est alors que l'auteur avait songé à utiliser une sorte de gouttière, analogue à celle décrite par le docteur Nux, de Toulouse, et qu'il a appelée « gouttière omnibus ». Cette gouttière, constituée par une arcade métallique dans laquelle on coulait de la gutta-percha, pouvait s'adapter à toutes mâchoires et assurait une contention suffisante. Cependant, malgré les services rendus, l'auteur a donné la préférence à un appareil plus simple, connu de tous les spécialistes, basé sur les mêmes principes que l'appareil d'Angle, utilisé pour le redressement des dents et pour le traitement des fractures des mâchoires.

L'ensemble de cet appareil comprend deux anneaux, l'un pour le côté droit, l'autre pour le côté gauche. Ces anneaux ou bagues sont de dimensions variables, suivant qu'on veut les placer sur les prémolaires. A la face vestibulaire de la bague est soudé un tube à direction horizontale. Les deux bagues étant en place, on fait coulisser dans chaque tube les extrémités d'un arc en forme de fer à cheval. Les extrémités de cet arc sont filetées en pas de vis de façon à recevoir un écrou. L'arc étant ainsi bien placé et épousant la forme et le contour de l'arcade dentaire, on le bloque en vissant les deux écrous, et au moyen d'un fil de laiton on ligature chaque dent à l'arc.

Cet appareil présente les avantages suivants: 1° il est facile à placer, sa pose demande une demi-heure ou une heure au maximum à un opérateur tant soit peu exercé ; 2° il ne nécessite pas de prise d'empreinte et évite ainsi des douleurs inutiles ; 3° il peut s'adapter à toutes les bouches, tout en assurant une contention parfaite; 4° il évite les hémorragies et permet l'alimentation du blessé durant son transport sur les formations de l'arrière.

L'auteur a imaginé une trousse comprenant trois appareils complets, ainsi que l'outillage indispensable pour la pose (une pince plate, une paire de ciseaux forts, une lime, une clé à écrous). Il a en outre condensé dans un opuscule, accompagnant la trousse, toute la technique de la pose de cet appareil, ainsi que les modifications à lui apporter dans certains cas spéciaux. Il donne ensuite quelques conseils basés sur douze mois de pratique, et sur plus de 2.500 cas de blessures maxillo-faciales. On peut les résumer ainsi :

Ne jamais faire de sutures osseuses dans les fractures des maxillaires. Ce mode de traitement donne toujours des résultats déplorables.

Dans les fractures avec perte de substance des téguments, ne pas se hâter de suturer la muqueuse et la peau, et surtout ne pas le faire avant d'avoir immobilisé en bonne position les fragments osseux. Il faut procéder d'arrière en avant et attendre avant de suturer les parties molles que le squelette soit bien immobilisé, ou tout au moins que les fragments osseux n'aient plus de tendance à se déplacer. En agissant autrement on favorise l'infection, les sutures lâchent souvent ou il faut les faire sauter, le résultat esthétique est toujours déplorable, et enfin le rôle du prothésiste est rendu beaucoup plus long et difficile.

(*Lyon médical*, 9 novembre 1915).

TRAITEMENT DE LA CONSTRICTION MYOPATHIQUE DES MACHOIRES

Par le Dr Pont,

Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

Après avoir montré la fréquence de la constriction myopathique des mâchoires dans les blessures de la face (à peu près un cas sur quatre), l'auteur insiste vivement sur la nécessité et l'importance d'un traitement hâtif autant que méthodique ; car plus la constriction sera ancienne, plus les lésions musculaires seront graves, plus le traitement sera long et compliqué.

L'appareil de choix pour faire de l'écartement méthotique des maxillaires est le cône ou poire en buis, tourné en forme de vis, auquel le patient imprime un mouvement de rotation, de façon à le visser entre les maxillaires. Si l'écartement des incisives ne permet pas l'introduction du sommet du cône, le blessé pourra se servir du manche d'une cuiller en bois, auquel il imprimera des mouvements d'inclinaison de gauche à droite et de droite à gauche

ou alors dans les cas rebelles on pourra avoir recours à l'écartement forcé des mâchoires sous anesthésie générale. Par l'un ou l'autre de ces procédés, le patient arrive à se servir de la poire et à guérir par cette méthode bien simple.

Toutefois, dans quelques cas, soit par suite de négligence de la part du patient, ou de douleurs dentaires occasionnées par la pression de la poire, cette méthode peut être contre-indiquée, ou impossible à employer par suite du mauvais état du système dentaire. C'est alors que le docteur Pont a songé à remplacer la vis par un ressort qui constitue une force constante d'écartement, agissant indépendamment de la volonté du patient. Comme force agissante, l'auteur a employé des appareils très simples et peu coûteux : tantôt un ressort en acier construit sur le modèle des ressorts pour pièges à moineaux, tantôt des pinces analogues aux pinces d'étendage des blanchisseuses, adaptés à des gouttières en vulcanite, construites spécialement pour chaque malade. Une gouttière en caoutchouc emboîte les dents supérieures et une autre semblable emboîte les dents du bas. Chacune de ces gouttières est munie à droite et à gauche dans le voisinage de la canine ou de la première prémolaire d'un tube en métal dans lequel vient s'engager l'extrémité du ressort. Si on emploie les pinces de blanchisseuses, il suffit de fixer à chaque extrémité une petite tige métallique destinée à entrer dans le tube en métal de la gouttière. On peut ainsi répartir la force agissante sur le plus grand espace possible et supprimer la douleur dentaire consécutive à l'usage prolongé de la poire.

En résumé, avec ces appareils qui ne doivent être employés que lorsque la poire n'aura pas donné de résultats, on obtient la guérison des constrictions les plus anciennes et les plus rebelles qui, à première vue, sembleraient justiciables d'une intervention sanglante. Ils sont donc indiqués dans les cas suivants :

1° Lorsque les moyens mécaniques connus et employés jusqu'à maintenant auraient échoué, ou lorsque la poire ou tout autre appareil d'écartement serait mal toléré ;

2° Comme traitement post-opératoire, lorsqu'on aura pratiqué la désinsertion de la sangle ptérygo-massétérine ;

3° Lorsque le blessé, simulateur ou non, ne voudra faire aucun effort pour guérir.

L'auteur termine en citant quelques observations parmi les cas les plus typiques correspondant à ces trois indications.

(*Lyon médical*, novembre 1915).

LES AFFECTIONS GÉNÉRALES D'ORIGINE DENTAIRE

Par le Dr A. F. Plicque.

Le Journal de médecine et de chirurgie pratiques contient dans son numéro du 10 septembre 1915 un article qui porte ce titre et dont nous sommes obligés d'ajourner la reproduction, à cause de l'abondance des matières. Mais nous croyons devoir en extraire dès à présent les lignes suivantes :

« ..... Quand le diagnostic étiologique est exact et précoce, les affections, quelquefois si sérieuses, fournissent au praticien l'occasion d'un vrai triomphe thérapeutique, occasion rare et précieuse qui n'est jamais à négliger. La question a même un certain intérêt actuel. Le rapport de M. Reinach sur les améliorations à apporter au service sanitaire (*Journal officiel* du 10 mars 1915) signale, en effet, l'importance de ces affections dentaires dans l'armée. Il réclame qu'un chirurgien-dentiste soit affecté à chaque régiment, que tous les autres chirurgiens-dentistes disponibles soient répartis et utilisés dans les sections d'infirmiers militaires. Il demande également l'utilisation intensive des écoles dentaires dans la zone de l'intérieur. L'essai d'automobiles dentaires lui semblerait même intéressant dans les corps d'armée. En effet, la dure vie du soldat en campagne, avec son exposition jour et nuit au froid humide, avec la difficulté de prendre les soins indispensables à l'hygiène de la bouche, multiplie les risques et la gravité de toutes ces complications d'origine dentaire... »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

LES SERVICES DENTAIRES DE L'ARMÉE ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

VISITE AU MINISTRE DE LA MARINE

M. Blatter, président de la F. D. N., et M. G. Villain, représentant l'Ecole dentaire de Paris, se sont rendus auprès du Ministre de la Marine, auquel ils avaient demandé audience, pour attirer son attention sur la nécessité de créer un corps dentaire dans la Marine. Ils ont rencontré un excellent accueil chez l'amiral Lacaze et ont rapporté de leur visite la meilleure impression, ainsi que des promesses formelles au sujet de cette création,

---

RÉPONSE DU MINISTRE DE LA GUERRE A UNE QUESTION ÉCRITE

Nous avons publié dans notre numéro du 30 décembre dernier la question écrite adressée par M. Raffin-Dugens, député, le 15 octobre 1915, au Ministre de la Guerre sur la situation militaire des chirurgiens-dentistes. Nous y avons joint la réponse faite par le Ministre le 13 janvier.

Nous relevons dans le *Journal officiel* du 14 janvier une *réponse identique* du Ministre de la Guerre à une question écrite posée le 9 décembre précédent sous le n° 646 par M. Saint-Germain, sénateur, qui demandait *l'amélioration aux armées du service dentaire. afin d'utiliser, selon leur profession, les chirurgiens-dentistes, soldats de 2e classe.*

Nous trouvons également dans le *Journal officiel* du 14 janvier, p. 24, la question écrite suivante :

7411. — *Question écrite, remise à la présidence de la Chambre, le* 13 *janvier* 1916, *par M. Josse, député, demandant à M. le Ministre de la Guerre :* 1° *si les dispositions nécessaires pourraient être mises à brève échéance pour organiser et réglementer le service dentaire dans l'armée, afin d'éviter aux soldats les maladies occasionnées par une mauvaise dentition ;* 2° *si chaque régiment ne pourrait pas avoir un dentiste ayant rang de médecin auxiliaire.*

La réponse à cette question n'a pas encore été insérée au *Jour-*

nal officiel ; mais, on le voit, la situation ne va pas tarder à se modifier, puisqu'un projet de loi sur la matière est imminent, d'après la déclaration du ministre.

LES ENGAGEMENTS SPÉCIAUX

Le *Journal Officiel* des 26 et 27 décembre 1915 publie, pages 9521 et 9522, *un avis relatif aux engagements spéciaux* pour la durée de la guerre institués par le décret du 27 juillet 1915 et par l'article 4 de la loi du 17 août 1915.

Cet avis, qui spécifie la publicité à donner à la mesure, les formalités à remplir et le statut des engagés spéciaux, énumère les principaux emplois pour lesquels des engagements spéciaux peuvent être acceptés.

Parmi ces emplois, au nombre de 89, figurent ceux de *dentiste*, de *mécanicien-dentiste* et de *pharmacien.*

LE SERVICE DENTAIRE AUX ARMÉES DANS LA PRESSE

Il a été publié dans ces derniers temps par les journaux quotidiens de nombreux articles exposant la nécessité de l'organisation de services dentaires dans l'armée, et la création d'un corps de dentistes militaires.

Il ne nous est pas possible de reproduire ces articles, car notre journal n'y suffirait pas. Mais nous tenons à signaler l'importance du mouvement d'opinion qui s'est fait jour dans la presse de tous les partis à cet égard, mouvement qui ne peut que hâter la solution de la question, et à remercier tous les organes qui s'en sont occupés.

Un de nos confrères nous adresse du front la note suivante :

FONCTIONNEMENT D'UN SERVICE DENTAIRE DANS UN CORPS DE TROUPE.

Une circulaire ministérielle du 20 décembre 1914 prescrivait dans un de ses paragraphes l'utilisation d'un dentiste dans chaque corps de troupe, limitant son action à une dentisterie d'urgence (pansements, obturations provisoires, extractions), ce service fonctionnant sous la direction du médecin-major du régiment.

Le médecin-major de mon régiment fut des plus encourageants

en me confiant la fonction, aussi je me constituais une boîte d'instruments assez analogue à celle des étudiants de nos écoles, y compris le tour démonté et placé dans une boîte à cet usage, le tout logé, en cas de mouvements, dans la voiture d'ambulance régimentaire, ne conservant alors, qu'une trousse de daviers dans mon sac d'infirmier.

Je me suis trouvé dès le début, en face de catégories bien distinctes de consultants.

1) Une sélection d'officiers, sous-officiers et soldats ayant observé antérieurement à la mobilisation une constante hygiène buccale et préoccupés des altérations dentaires survenues depuis, ou de troupiers porteurs d'un système dentaire jusqu'ici excellent, qui constataient l'existence de caries de débuts, dont il importait d'arrêter le développement, cette série relevant essentiellement d'une thérapeutique conservatrice.

2) Malades porteurs de fluxions, abcès dentaires, accidents de dents de sagesse, pulpites, stomatites tartriques et toutes manifestations arthritiques aiguës du milieu buccal, nécessitant une intervention immédiate.

3) Malades présentant de vastes délabrements dentaires, absence de nombreuses dents, présence de débris dentaires ou dents atteintes de caries pénétrantes (4e degré) souvent compliquées de fistules.

Les malades de cette catégorie se plaignant fréquemment de troubles de nutrition correspondants (dyspepsies, gastro-entérites, amaigrissement).

Catégories de malades intéressants, certainement affaiblis, chez lesquels cependant, il est assez délicat d'intervenir, car le plus souvent ils ne se trouvent pas dans une situation pathologique assez manifeste pour les évacuer ; on risque d'autre part, en procédant à l'extraction de racines multiples, d'accentuer notablement l'affaiblissement constaté, et de déterminer une indisponibilité prolongée, incompatible avec les besoins actuels. On rencontre enfin des difficultés réelles pour les mettre en rapport avec le centre dentaire s'occupant de prothèse, service nouveau manquant de souplesse et difficilement accessible aux troupiers habituellement dans les tranchées. Cet inconvénient m'a fait préférer l'envoi dans un laboratoire privé des réparations d'appareils dentaires cassés, obtenues ainsi beaucoup plus rapidement, ce qui diminue, objectif constant, l'indisponibilité du malade.

Je me permets cette légère critique, sans la moindre intention désobligeante, ayant le seul désir de faire connaître les difficultés rencontrées par les hommes susceptibles de bénéficier de ce service et les améliorations qu'on pourrait apporter dans ce sens.

Dans cette catégorie (3) intervention du dentiste pour soula-

ger le malade, mais décision prudente en ce qui concerne une préparation buccale.

4) Les porteurs d'appareils gênés considérablement par suite d'un accident survenu à leur dentier.

Le régiment étant partagé en deux fractions, tour à tour aux tranchées, puis au repos, il est organisé, à période fixe, une consultation dentaire, où tous les éléments au repos ont la faculté de se présenter du matin au soir ; les extractions sont pratiquées immédiatement, les soins commencés ce jour et continués les autres jours, au poste de secours, aux heures compatibles avec le service de chacun.

Tous les cas urgents venant de la fraction en ligne sont vus soit au poste de secours, soit parfois à la tranchée, à l'heure de la visite médicale quotidienne ; les obturations sont faites en ciment ou en amalgame, ces obturations ayant un caractère définitif ou suffisamment durable pour donner toute quiétude au bénéficiaire pendant la durée de la guerre.

Les extractions sont pratiquées chaque fois que les circonstances le permettent avec anesthésie locale, soit au chlorure d'éthyle, soit en injections hypodermiques (cocaïne, novocaïne, adrénaline).

Enfin les appareils brisés sont expédiés à Paris, réparés et réexpédiés par retour du courrier gratuitement aux porteurs de ces appareils, vraiment gênés pendant ce temps de réparations.

En diverses circonstances quelques consultants présentant un délabrement dentaire ancien, habitués à s'alimenter ainsi, depuis des années, tout en exerçant une profession assez pénible, se sont présentés à la consultation dentaire, en exprimant le désir d'obtenir un appareil dentaire. Il fut difficile de leur persuader, pour les raisons exposées plus haut, qu'il était impossible de leur donner satisfaction dans une période aussi troublée, alors que dans les circonstances habituelles de l'existence, ils s'étaient accommodés d'un état qui, seulement à présent, les préoccupait, une circulaire, très précise d'ailleurs, limitait ces soins spéciaux à des cas d'extrême nécessité.

N'ayant pas eu comme intention de publier une statistique, je ne puis citer qu'approximativement les chiffres suivants, des soins donnés jusqu'à ce jour.

Extractions avec ou sans anesthésie...	400
Obturations (caries superficielles).....	100
Traitement et obturation (3e degré)...	30
Traitement et obturation (4e degré)...	10
Traitement de gingivite tartrique....	5
Réparation d'appareils brisés........	6
Pansements divers (acide arsénieux)...	50

Tous ces soins furent strictement gratuits et accessibles à tous sans aucune distinction.

Les unités voisines venant à la consultation bénéficient des mêmes soins, ainsi que la population civile.

Il est obtenu du service de santé, gutta-percha, acide phénique, cocaïne, iodoforme, eau oxygénée, chlorure d'éthyle, alcool, ampoules titrées pour injections hypodermiques; l'instrumentation, tours, daviers, fraises, tire-nerfs, sondes, excavateurs, les ciments et amalgames, sont procurés par le dentiste.

Ce service dentaire a reçu le meilleur accueil auprès de tous; les hommes de troupe y ont recours très volontiers, les chefs accordent toutes facilités, conseillent ou adressent même leurs hommes à cette consultation.

Le service médical n'a subi aucun trouble, aucun inconvénient du fait de cette adjonction et la fonction de dentiste laisse encore l'occasion de se rendre utile dans le service d'infirmerie, ou d'assistance aux blessés, en secondant, en cas de nécessité, infirmiers et brancardiers.

Conclusion: Les dentistes non mobilisés ou mobilisés dans les formations sanitaires doivent suffire à l'œuvre entreprise par les grands centres dentaires de l'armée, par les groupements dentaires, ou le Comité de secours aux blessés de la face et des maxillaires, et il y a actuellement sur le front, sur le vrai front, dans de nombreuses unités engagées dans les tranchées de 1re ligne, une utilisation plus modeste, mais indispensable du dentiste, surtout dans les unités de réserve et de territoriale où les manifestations dentaires se font plus cruellement sentir et sont susceptibles d'entraîner de fréquentes indisponibilités.

G. D.

LE SERVICE DENTAIRE DANS L'ARMÉE DES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Avant la guerre avec l'Espagne il n'existait pas de chirurgiens-dentistes dans l'armée; les soins d'urgence étaient donnés par des volontaires du corps des infirmiers qui avaient reçu l'enseignement dentaire.

Pendant la campagne de 1898 aux Philippines, beaucoup de soldats eurent un besoin impérieux de soins dentaires et pour les obtenir ils durent quitter le front et se rendre à Manille. Cela entraîna des dépenses considérables et eut encore de plus graves inconvénients au point de vue du service. On constata que parmi les volontaires il y avait un certain nombre de dentistes, et,

pour éviter les inconvénients précités, quelques-uns d'entre eux furent chargés exclusivement de ces soins dentaires.

En 1901, le Parlement autorisa la création d'un corps de 30 chirurgiens-dentistes engagés par contrat. Ils n'avaient pas de rang militaire et étaient attachés au corps médical de l'armée. Cela donnait au chirurgien-général le droit de nommer, sans examen, les hommes qui étaient gradués en dentisterie et dont l'honorabilité et les services étaient satisfaisants. Il fut conclu cinq contrats de ce genre pour récompenser cinq praticiens de ce qu'ils avaient été les premiers à faire aux Philippines. Conformément à cette loi, 16 dentistes furent envoyés dans ces îles et en différentes fois un ou plusieurs furent envoyés à Pékin, Cuba et Porto-Rico. En 1907 un dentiste supplémentaire fut nommé et affecté à l'Académie militaire des Etats-Unis.

Le contrat ne sembla pas satisfaisant à la profession dentaire et diverses tentatives furent faites pour le modifier. Le 13 mars 1911 fut votée une loi concédant un grade, celui de lieutenant en premier, et attribuant un chirurgien-dentiste par 1000 hommes sous les drapeaux, de sorte que si le corps dentaire était au complet, il compterait 90 praticiens, dont 60 lieutenants en premier et 30 dentistes traitants, jusqu'à ce qu'une vacance survienne dans le personnel commissionné.

Actuellement le corps dentaire compte 28 chirurgiens-dentistes lieutenants en premier et 40 dentistes traitants. Sur ce nombre 11 sont aux Philippines, 8 à Hawaï, 8 sur la frontière du Mexique, 1 en Chine et 1 à Panama. Un est envoyé chaque été dans l'Alaska et 2 ont accompagné les troupes à La Vera-Cruz. Dans chacun des 5 dépôts de recrutement se trouve un dentiste, qui est chargé d'examiner la bouche des recrues, souvent à raison de plus de 80 par jour et, avant qu'une recrue soit envoyée dans un régiment, de mettre sa bouche en état dans la mesure où le laps de temps le permet. Comme ce temps est limité, les opérations ont nécessairement un caractère d'urgence et l'on se borne uniquement aux obturations au ciment et à l'amalgame.

Beaucoup de chirurgiens-dentistes sont envoyés en tournée, visitant six à huit postes en six à huit mois. Chacun est accompagné d'un assistant, volontaire du corps des infirmiers. Ils emportent avec eux un nécessaire de campagne comprenant un tour à pied et dans chaque poste le commandant assigne une salle d'opération. Chaque dentiste fait son service à l'étranger à son tour.

LE SERVICE DENTAIRE DANS LA MARINE DES ETATS-UNIS D'AMÉRIQUE

Il existe depuis longtemps un service dentaire dans la Marine militaire des Etats-Unis ; mais le corps dentaire actuel n'a été établi que par la loi du 22 août 1912.

Primitivement des dentistes s'enrôlaient dans le service sanitaire pour les besoins généraux et étaient régis par la même réglementation que les autres hommes, avec des règles spéciales appliquées dans les diverses stations des Etats-Unis, dans les possessions à l'Etranger et dans les navires hôpitaux. Ces praticiens étaient diplômés d'écoles dentaires ou recevaient un enseignement spécial.

La loi du 22 août 1912 porte qu'à partir d'août 1915 les membres du corps dentaire ayant servi deux ou plusieurs années subiront un examen pour être promus et, si l'examen est satisfaisant, seront proposés pour le titre de chirurgien-dentiste assistant, conféré par le président des Etats-Unis et confirmé par le Sénat. Une fois nommés, les candidats reçoivent le grade, la solde et les indemnités d'un chirurgien assistant du corps médical.

Le corps actuel comprend 28 chirurgiens-dentistes.

Les officiers dentistes font, d'après la loi, partie du corps médical de la Marine des Etats-Unis et sont tenus de donner leurs soins professionnels au personnel de la Marine et d'assurer les autres fonctions qui peuvent leur être imposées par les autorités compétentes.

Ces soins ne sont dus qu'aux officiers et hommes de l'armée de mer et doivent se borner aux mesures de nature à conserver le plus économiquement les dents du personnel et à assurer l'aptitude physique de celui-ci.

Les pièces de prothèse, telles que aurifications, travaux à pont, couronnes, ne font pas partie du traitement imposé aux officiers dentistes.

DENTISTES MILITAIRES AU CANADA

Notre confrère M. Eudore Dubeau, échevin de la ville de Montréal revient d'une excursion au camp de Valcartier, et, en sa qualité de dentiste, doyen de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Laval, secrétaire du bureau des gouverneurs du Collège des dentistes de la province de Québec, il en rapporte des observations excessivement intéressantes.

Depuis quelque temps déjà, la profession dentaire faisait des démarches auprès du gouvernement afin d'obtenir l'établissement d'un corps dentaire militaire sur les mêmes bases que le corps militaire médical. Au mois de mars dernier, le ministre de la milice, le général Sam Hughes, se rendant compte de la nécessité de la chose, a établi ce corps, sous la direction du colonel Armstrong, chirurgien-dentiste d'Ottawa.

Le Dr Dubeau, qui s'est particulièrement dévoué à cette œuvre, au cours d'une visite qu'il vient de faire à l'hôpital dentaire de Valcartier, en a rapporté l'impression que tout y était parfaitement organisé. Une bâtisse spéciale a été érigée à cette fin. On y a placé six fauteuils dentaires avec outillage complet, y compris un laboratoire. Cinq dentistes opèrent sous la direction du capitaine Grant, dentiste de Toronto. Tous les soldats sont obligés de faire réparer leurs dents et d'avoir la bouche dans un état absolument sain.

Jusqu'à date récente, il était nécessaire qu'un soldat eût dix bonnes dents à chaque mâchoire ; mais depuis l'établissement du corps des dentistes, cette obligation n'existe plus, car on peut y remédier. Lors de la fermeture du camp en octobre, les dentistes qui y étaient en service sont partis avec le contingent pour le service d'outremer. Durant juillet et août, les dentistes à Valcartier ont fait au-delà de 2.500 opérations dentaires.

M. Dubeau n'a trouvé qu'une chose sujette à critique: l'emploi de médicaments et d'instruments allemands. Il attira là-dessus l'attention des autorités, pour qui la chose était passée inaperçue.

Bien que 55 dentistes canadiens soient partis en juin pour l'Europe, le ministre de la milice a encore devant lui 158 demandes, ce qui démontre que la profession dentaire entend jouer son rôle, dans cette guerre, comme les autres.

(*La Presse, Montréal*).

ETUDIANTS SOUS LES DRAPEAUX

Nous avons reçu la lettre suivante que nous nous empressons de publier.

Académie de Paris.

Paris, le 4 janvier 1916.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris à M. le directeur de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne.

En réponse à la question que vous m'avez posée, j'ai l'honneur

de vous faire connaître que, d'après la réglementation en vigueur, les étudiants en chirurgie dentaire, comme les étudiants en médecine, sous les drapeaux, ne peuvent faire acte de scolarité, c'est-à-dire prendre des inscriptions.

Ils peuvent toutefois subir les examens s'ils justifient de la scolarité réglementaire et si l'autorité militaire leur en a accordé l'autorisation.

Signé : LIARD.

Avis.

Nous prions tous les chirurgiens-dentistes et les mécaniciens-dentistes mobilisés de faire connaître au secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris, leur nom, leur situation et leur adresse militaire. Ces indications ont surtout de l'intérêt pour ceux qui appartiennent au service auxiliaire ou à la R. A. T.

BIBLIOGRAPHIE

Livres reçus

Nous avons reçu de notre confrère M. Thioly-Regard, de Genève, deux brochures : 1° *L'alcool, la dégénérescence et la carie dentaire,* 2° *Le rôle important du mécanicien-dentiste à l'armée et dans les ambulances.*

Le première, de 15 pages, reproduit un travail que son auteur a présenté, le 18 janvier 1915, à la Société odontologique de Genève.

La seconde , de 10 pages, toute d'actualité, reproduit un mémoire que M. Thioly-Regard a publié dans la *Revue trimestrielle suisse d'odontologie* et présenté en mai 1915 au Congrès dentaire de Berne. Ce mémoire a été adressé à M. le chef sanitaire de l'armée suisse et la demande du grade de lieutenant, qui y est formulée pour le chirurgien-dentiste militaire, a été admise. Toutefois, ce grade ne sera effectif qu'après une réorganisation indispensable du service sanitaire.



Nous avons reçu le numéro 1 du *Bulletin du Syndicat des médecins-dentistes de Genève* (novembre 1915), organe consacré à la défense des intérêts moraux et matériels de ces praticiens, publié sous la direction de notre confrère M. Paul Guye.

Ce premier numéro est consacré tout entier (44 pages) à une étude sur une question intéressant non seulement la profession dentaire, mais encore les autorités, ainsi que le public en général.

Nous ne saurions trop recommander à nos confrères la lecture de cette étude qui porte sur *l'exercice illégal de l'art dentaire à Genève* et a pour but de mettre le public en garde contre les empiètements des pseudo-dentistes qui cherchent constamment à créer des confusions préjudiciables à la corporation et à induire la population en erreur sur leurs qualités.

Nous avons reçu les statuts de la Société dentaire de Para (Brésil).

* * *

Nous avons reçu le programme de l'Ecole dentaire de Tokyo pour 1915-1916 (26e année).

* * *

Nous avons reçu les 12 bulletins mensuels de la Société odontologique de l'Uruguay pour 1914-1915.

Hygiene bucoal infantil.

Notre confrère M. Gustave Pires vient de publier, chez l'éditeur Pocaï Wiess et Cie, à Sao-Paulo (Brésil), une brochure de 38 pages, illustrée de 5 planches, dans laquelle il s'occupe des soins à donner à la dentition de l'enfance. Cet opuscule comprend 7 chapitres : introduction, historique, dents temporaires, action microbienne, soins, dispensaires de Sao-Paulo, conclusions.

Programme-souvenir du Congrès dentaire du Panama-Pacifique.

Nous avons reçu, ainsi que tous les adhérents au Congrès dentaire du Panama-Pacifique, le programme-souvenir publié par la Commission d'organisation du Congrès. C'est un magnifique volume de larges dimensions, presque un album, de 192 pages, contenant notamment avec les bureaux, les sections, les sociétés représentées, le programme général, l'histoire de la dentisterie dans les divers pays participants, les programmes des sections, l'historique de divers groupements professionnels, etc. Ce volume est illustré de superbes gravures très artistiques, dont les unes en couleurs, et de nombreuses photogravures représentant les paysages les plus célèbres, les principaux monuments, des scènes populaires et la plupart des écoles dentaires des deux Amériques.

C'est véritablement un souvenir, qui fait plaisir à tous et qui sera conservé précieusement et souvent regardé. Cette publication fait honneur au Comité d'organisation et il faut l'en féliciter.

Stomatologie de guerre et prothèse cranio-faciale.

Notre confrère M. Fabret, de Nice, publie sous ce titre une série de 11 fascicules. Nous venons de recevoir le 2e, qui est une petite brochure de 76 pages et qui est consacré aux *dents du combattant*, aux *fractures des maxillaires* et à la *prothèse du crâne*. La première partie est illustrée de 33 fig., la seconde de 13, la troisième de 14. La conception de ces petits ouvrages de vulgarisation est simple, comme le style dans lequel ils sont écrits, et il y a lieu d'en féliciter l'auteur.

NÉCROLOGIE

G.-V. Black.

On annonce la mort, à l'âge de 80 ans, de notre éminent confrère G.-V. Black, de Chicago, survenue le 21 août 1915, à la suite d'une anémie pernicieuse qui durait depuis plusieurs mois.

Il tint une place considérable dans l'art dentaire et fut le premier lauréat du prix Miller.

Nous reviendrons dans un prochain numéro sur les travaux scientifiques de cette grande figure professionnelle.

NOUVELLES

Nomination.

Nous apprenons que notre confrère, M. Eudore Dubeau, doyen de la Faculté de chirurgie dentaire de l'Université Laval à Montréal (Canada) et échevin de cette ville, vient d'être élu maire suppléant.

Nous lui adressons nos très vives félicitations.

Hôpital général Laval.

L'Université Laval, de Montréal (Canada), vient d'offrir au Gouvernement canadien un hôpital stationnaire (*hôpital général Laval*) pour aller traiter les blessés alliés à proximité des champs de bataille. Une souscription à été ouverte dans le public pour parfaire l'organisation scientifique de cet hôpital.

Congrès du Panama-Pacifique.

Nous sommes informés que le Congrès du Panama-Pacifique a eu un très grand succès et a surpassé tous ses devanciers aux Etats-Unis.

Ce succès est dû en partie au travail considérable du Comité d'organisation, secondé par les Comités exécutifs nommés dans les divers pays, auxquels le Bureau du Congrès exprime sa reconnaissance.

Notre directeur, M. Godon, qui était président du Comité français, a reçu de ce Bureau une lettre de remercîments à cet égard. M. M. Roy a reçu une lettre analogue.

Mariage.

On annonce le mariage de M. Henri Lambinet avec Mlle Suzanne Chifflart, tous deux nos confrères et tous deux D. E. D. P. L'union a été célébrée le 23 décembre 1915 dans la plus stricte intimité.

***

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Salomon Arama, de Salonique, avec Mlle Bouena Florentin, qui a été célébré le 7/20 décembre 1915 à Salonique.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux nouveaux époux.

Renseignements sur les sociétaires, confrères et élèves mobilisés.

(Suite.)

Davignon (Pierre), 11e d'artillerie, 101e batterie, secteur postal 95.

Desforges (G.), pharmacien, aide-major de 1re classe, hôpital militaire 28, Noisiel (Seine-et-Marne).

Delangle (Henri), infirmier, état-major 6e dragons, secteur postal 4.

Deschamps, infirmier, hôpital d'Angers.

Descourteix (Louis), infirmier, hôpital d'Angers.

Eymard, infirmier, dépôt des convalescents coloniaux, 3, chemin des Grandes-Terres, St-Just, Lyon (Rhône).

Eudlitz, chirurgien-dentiste, ambulance 4, secteur postal 33.

Fourny, maréchal des logis, convois automobiles, TM 13, par Paris.

Forestier infirmier, hôpital d'Angers.

Foucher, dentiste du convoi automobile, 204 TM, G. Q. G.

Gauthier, infirmier, hôpital d'Angers.

Gonon, sergent infirmier, hôpital Saint-Joseph, Dijon (Côte-d'Or).

Gravière, brigadier infirmier, convois automobiles, 31e section de parc, bureau central militaire, Paris.

Guillot, caporal, G. V. C., La Courneuve, secteur A, section 13, groupe 2, poste 1.

Hardy, 138 rue Trianon, Sotteville, Rouen.

Halperson, caporal, 2e section d'infirmiers militaires, Nantes (Loire-Inférieure).

Hachet, infirmier, hôpital d'Angers.

Isnard, infirmier, hôpital 28, Vernon (Eure).

Jézéquel (Louis), infirmier, 35e d'artillerie, 8e batterie, 3e groupe, secteur postal 83. *(A suivre.)*

36e ANNÉE. N° 2. 28 FÉVRIER 1916 Vol. LIV

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

PROTHÈSE RESTAURATRICE ; UNE ANNÉE D'EXPÉRIENCES ; QUELQUES CONCLUSIONS.

Par le Dr FREY,

Médecin-major de 2e classe,
Chef du service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce.

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, 14 novembre 1915.)

Dans sa conférence, le Dr Frey a repris son article paru le 21 août 1915 dans le « *Paris médical* » et intitulé : « *Un aperçu de la prothèse restauratrice dans les* » *fractures des mâchoires et les mutilations de la* » *face.* »

Il en développe certains points.

Ce sont toutes les notions antérieurement acquises en prothèse dentaire, en prothèse restauratrice, en orthodontie et en physiologie générale, qui ont permis aux dentistes d'arriver aux résultats tant admirés, aussi bien à l'Ecole dentaire qu'au Val-de-Grâce et dans tous les centres organisés par la 7e Direction.

Ce sont les cas groupés qui ont permis, après l'analyse de chacun, la synthèse de tous et qui ont, peu à peu, installé la *méthode* qui préside, dans le service du Dr Frey, au traitement des mutilations des mâchoires et de la face.

On dit « prothèse restauratrice », on devrait plutôt employer l'expression plus générale de *restauration maxillo-faciale.*

Celle-ci comprend { des manœuvres et des appareils.

Les manœuvres sont { les interventions chirurgicales, les massages les exercices gymnastiques des muscles maxillaires et faciaux, les exercices orthophoniques.

Le Dr Frey les énumère sans y insister.

Les appareils sont très variés et répondent à 4 stades dans le traitement.

Les différents stades de prothèse restauratrice. — Puisqu'il y a perte de substance, on conçoit les différents stades de l'action dite prothétique du stomatologiste. Mon expérience personnelle me permet d'établir les 4 stades suivants :

1er *stade.* — Le ou les fragments maxillaires restants ont toujours tendance à dévier vers la solution de continuité et vers le vide, les surfaces triturantes de leurs dents perdent le contact avec les surfaces d'occlusions présentées par les dents antagonistes; l'articulation physiologique disparaît. Il faut avant tout rétablir ce qui peut rester de la fonction masticatrice, en ramenant les fragments maxillaires dans une position qui permet l'occlusion normale ; il faut les redresser (*orthognathie*) [1].

2° *stade.* — Quand cette occlusion est obtenue, cela ne suffit pas : la déviation a constamment tendance à la récidive ; il faut maintenir le résultat acquis (*contention et maintien*).

Une gouttière qui, avec une attelle vestibulaire, empêche le fragment de se dévier à nouveau, le maintient en bonne position, est un *appareil de maintien.*

Une gouttière, qui contient plusieurs fragments remis en bonne occlusion, et leur permet de se souder les uns aux autres, est un *appareil de contention.*

1. Il m'a semblé que pour ce stade le terme nouveau d'*orthognathie* était le plus significatif.

Il faut noter que ce stade de maintien se prolonge souvent très loin dans le traitement. Le Dr Frey cite le cas du lieutenant D..., mutilé de la branche horizontale droite mais consolidée. Chez ce blessé, en raison de la faiblesse de la consolidation osseuse récente, il fallut mettre une attelle de maintien même sur la prothèse définitive pour empêcher toute tendance à la latéro-déviation.

Cette attelle sera laissée jusqu'à ce que la demi-fixation osseuse ait donné à cette branche maxillaire droite une résistance égale à celle de la branche gauche.

3e *stade.* — La mutilation a profondément troublé l'équilibre dynamique de la mastication ; les fragments restent, grâce au maintien, dans la bonne direction occlusale ; mais les muscles masticateurs *n'agissent plus sur l'os mutilé synergiquement comme sur l'os normal* ; s'il ne reste qu'une moitié ou les deux tiers du maxillaire inférieur, les molaires rencontrent seules les dents du haut, les canines et incisives restant éloignées de leurs antagonistes par un intervalle plus ou moins grand ; si toute la portion médiane de la mandibule a disparu, les deux fragments latéraux, quoique bien maintenus, manœuvrent en deux temps, l'un de ces fragments rencontrant les molaires antagonistes avant l'autre ; la synergie n'existe plus, il faut la rétablir par des *exercices dynamiques.* C'est dans ce stade également qu'il faut lutter contre la *rétraction des cicatrices.*

4e *stade.* — Le quatrième stade est le stade de remplacement de l'os et des dents qui manquent. C'est la *prothèse* proprement dite (προ-τιθημι, je remplace).

Importance de chacun de ces stades. — Redressement, maintien, équilibre musculaire et dilatation cicatricielle ; prothèse ; tels sont les quatre actes essentiels de la prothèse restauratrice. Est-ce à dire qu'ils doivent se suivre invariablement dans tous les cas ? Non ; le Dr Frey estime que le premier — l'orthognathie — diminue et doit diminuer d'importance à mesure que, grâce aux si sages dispositions prises par la 7e Direction au ministère de la Guerre, les blessés nous sont envoyés directement de l'am-

bulance ; il estime même que quand le chirurgien voudra bien recourir à notre collaboration aussitôt après que le malade sera revenu de son état de choc, l'orthognathie ne s'exercera plus que sur des cas d'exception.

Maintenir les fragments en bonne occlusion, c'est là l'acte capital, *parce que physiologique* ; d'un bon maintien dépend pour l'avenir toute la fonction masticatoire ; la parole en ressentira également les excellents effets et même l'esthétique ; car, quelle que soit l'étendue du délabrement, la restauration sera d'autant plus parfaite que les fragments maxillaires ne seront pas déviés et fonctionneront normalement. Maintenir *à temps ces fragments*, c'est éviter leur fixation par cal ostéo-fibreux en mauvaise position, c'est éviter toutes les manœuvres de l'orthognathie, c'est même éviter l'intervention chirurgicale indispensable souvent pour briser ce cal ; car il y a des consolidations vicieuses ostéo-fibreuses ou osseuses tellement résistantes qu'elles défient les forces dont dispose le stomatologiste. Enfin, quand les fragments sont solidement maintenus en bonne occlusion, il a eu l'occasion d'observer, malgré des pertes de substance très étendues, des *régénérations osseuses impressionnantes*.

A propos de ce stade de maintien, le Dr Frey insiste, pour les fractures de l'angle mandibulaire, sur la nécessité d'immobiliser, au moins pendant six semaines, la mâchoire inférieure sur la mâchoire supérieure, en ne laissant un peu de liberté aux articulations temporo-maxillaires que tous les 3-4 jours et pendant 10 minutes.

L'acte dynamique, le troisième, passe quelquefois inaperçu ; dès que les fragments sont en bon maintien, la fonction peut se rétablir sans aucune intervention spéciale ; mais on ne saurait trop insister cependant sur sa constante et étroite surveillance ; des défaillances musculaires peuvent se produire inopinément, il faut apprendre au malade lui-même — et ils y arrivent tous — à observer son occlusion dans le miroir ; avec une gymnastique appropriée, il remédiera à certaines inocclusions partielles.

Quant à la prothèse, elle est anti-opératoire ou tardive ; *anti-opératoire* quand elle sert de soutien à une autoplastie ; *tardive* quand elle remplace définitivement les organes absents ; cette prothèse tardive peut reconstituer une partie d'un maxillaire avec ses dents (prothèse squelettique et dentaire), remplacer les parties molles disparues (masques faciaux), servir de soutien à un nez qui a perdu ses tuteurs naturels — et même refaire artificiellement un nez, un œil, une oreille.

Appareils employés. — Quels appareils seront employés au cours des 4 stades que nous venons de passer en revue ?

L'orthognathie se sert des appareils dont le principe est emprunté au redressement des dents ; seuls les points d'application des forces sont quelque peu différents, puisque l'orthodontie n'agit que sur les dents, tandis que l'orthognathie n'agit et ne doit agir que sur l'os lui-même.

Suivant les cas, le Dr Frey classe les forces dont on se sert de la manière suivante, d'après leurs points d'appui :

Forces *intermaxillaires* ;

Forces *monomaxillaires* ;

Forces *crânio-maxillaires.*

La force intermaxillaire est un dispositif dynamique entièrement intra-buccal établi sur les deux mâchoires ; l'appui a lieu sur l'une, la force s'exerce sur l'autre ou un fragment de l'autre dans un sens déterminé, grâce à l'élasticité d'anneaux en caoutchouc. Sur la mâchoire supérieure on installe de chaque côté une bande en maillechort qui entoure une molaire ; à cette bande est soudé un petit tube horizontal ; dans chaque tube s'enfonce l'extrémité d'un arc métallique ; l'arc est ligaturé à toutes les dents du haut. Sur cet arc on soude un ou plusieurs petits crochets.

Sur le fragment du maxillaire inférieur qu'on veut déplacer on installe des bandes, un petit arc avec crochets, en somme un dispositif à peu près semblable à celui du maxillaire supérieur.

Ces deux systèmes d'ancrage sont réunis grâce aux cro-

chets par un ou plusieurs anneaux de caoutchouc, suivant l'ntensité de la force à employer, et, en raison de cette force continue, progressive, suivant le nombre des caoutchgucs, le fragment dévié retrouve sa position normale.

Cette force intermaxillaire est employée principalement dans les pertes de substance de l'angle et d'une partie du corps du maxillaire, pour réduire la latéro et la rétro-déviation de ce qui reste de ce maxillaire.

Elle est indiquée quand la rétraction ostéo-fibreuse permet encore une certaine mobilité de cette portion restante ; dans le cas contraire, s'il y a fixité absolue, l'intervention chirurgicale s'impose.

Elle n'est possible que quand il y a des dents *saines et solides* pour établir les deux systèmes d'ancrage et quand le maxillaire supérieur n'est pas lui-même fracturé.

La force monomaxillaire, dispositif intra-buccal également, n'est établie que sur une seule mâchoire ; à la suite d'une perte de substance médiane, les deux fragments latéraux se sont rapprochés, quelquefois même ils se réunissent à leur extrémité antérieure par un cal fibreux ; il s'agit de les remettre en bonne occlusion ; une gouttière sur chaque fragment ; un système à vis, force intermittente réglable à volonté ; tel est le principe de l'appareil dont les variantes d'exécution sont innombrables.

La force peut, au contraire, dans certains cas, être continue grâce à un système de ressorts et à l'interposition de plaquettes de caoutchouc.

Le « monobloc » du Dr Pierre Robin, masse en caoutchouc emboîtant les faces linguales des deux maxillaires, composée de deux parties pouvant être écartées par une vis, est un appareil employé en orthodontie ; il commence à être appliqué en orthognathie et ces indications se préciseront peu à peu ; il appartiendrait à un système bimaxillaire, car il sert de soutien aux deux mâchoires dans leur action l'une sur l'autre sous l'influence des muscles masticateurs.

Le monobloc de Robin est une masse intra-buccale de

direction pour permettre aux fragments maxillaires ou à un maxillaire de se placer en bonne occlusion.

Enfin, quand les dents sont absentes aux deux mâchoires, ou quand elles sont trop malades pour supporter les bagues et les ligatures du dispositif intermaxillaire, ou quand les deux maxillaires supérieur et inférieur sont fracturés, c'est au point d'appui crânio-maxillaire qu'il faut recourir.

Comme pour la force monomaxillaire, les variantes de ce dispositif dynamique sont extrêmement nombreuses. C'est d'ailleurs, de toutes les forces, celle qui a été autrefois le plus communément employée et pour tous les cas ; vulgarisée par le génie si français du grand Claude Martin (de Lyon), elle voit ses indications se limiter peu à peu à cause de l'emploi des deux autres procédés.

Quand le ou les fragments sont en bonne position, vient le tour de l'appareil de maintien ou de contention. Il est essentiellement constitué par une gouttière qui emboîte les dents et par une attelle-guide, ordinairement vestibulaire, fixée à cette gouttière pour empêcher les déviations dans le sens latéral.

S'il y a deux fragments séparés l'un de l'autre par la perte de substance osseuse, on construit deux gouttières et celles-ci, quand on les a scellées, sont solidarisées soit par un arc rigide, soit par un pont (système bridgework), soit enfin par des glissières dentelées ligaturées (système Morestin-Ruppe).

L'appareil de contention doit toujours être très solidement fixé, car il est destiné à rester en place longtemps ; il doit permettre à la réparation osseuse de se faire quand elle est possible ; *c'est également à l'appareil de maintien que le chirurgien fera confiance pour le succès de la greffe osseuse,* opération qui tend à se répandre en France et à l'étranger.

Avec un bon et inflexible maintien en parfaite immobilisation la greffe a toutes les chances de réussir ; sinon c'est l'insuccès à coup sûr quelle que soit la valeur chirurgicale de l'opérateur.

Pour toutes les gouttières, le Dr Frey insiste sur un point de leur construction qui, seul, permet la bonne occlusion : *c'est de toujours laisser libres les surfaces triturantes des dents.*

Le stade dynamique, si intéressant au point de vue clinique, l'est moins au point de vue prothétique. Ce sont toujours des appareils de fortune : dynamomètres, masses d'articulation en caoutchouc mou, en gomme, en liège, etc.

La dilatation des cicatrices se fera de préférence, à son sens, avec des appareils dilatateurs classiques, même avec de simples balles de caoutchouc de calibres variés suivant le système de Pierre Robin, plutôt qu'avec les appareils très lourds de Cl. Martin, lesquels entravent l'acte masticatoire. Il y a quelques cas cependant où les appareils très lourds sont indispensables.

La prothèse anté-opératoire se compose de plaques métalliques établies au niveau de la perte de substance et fixées sur les dents voisines ; ce sont de simples plaques à bords éversés pour soutenir une autoplastie labiale, en forme de coupoles pour soutenir une autoplastie jugale ; ce sont quelquefois des masses de caoutchouc vulcanisé sur de simples appareils de prothèse.

Pour ce qui est de la prothèse restauratrice tardive, le Dr Frey n'a rien à ajouter au livre immortel de Claude Martin (de Lyon) ; il n'est pas au monde, à l'heure actuelle, un seul prothésiste qui ne soit le modeste élève de cet admirable ouvrier, non seulement pour la prothèse maxillaire, mais aussi pour la prothèse nasale, en un mot, pour toutes les prothèses.

Tel est l'aperçu succinct qu'il peut donner ici, pour les médecins qui lisent ce journal, de notre prothèse restauratrice, sans entrer dans les détails de la technique. Ils peuvent se rendre compte du rôle important qui est dévolu au dentiste au cours de cette guerre, où les blessés de la face et des mâchoires sont si nombreux.

II. — Radiostéréomètre Mazo-Taulupie.

Enfin M. le D[r] Frey a présenté un appareil destiné à rendre de réels services aux stomatologistes : il s'agit du *Radiostéréomètre Mazo-Taulupie.* Cet appareil donne le relief stéréoscopique aux radiographies. La radiographie plate, quelles que soient l'habileté du radiographe et l'ingéniosité du défilement, ne donne que des indications relatives. Au contraire, l'observation dans l'espace, en leur vraie grandeur et avec leurs distances propres, des régions qui intéressent le stomatologiste, donne lieu aux conclusions les plus sûres. Les clichés Mazo que M. Frey présenta furent la leçon de choses la plus concluante possible. D'autant plus que le Radio-Stéréomètre ne se contente pas de fournir une vision stéréoscopique unique, mais une véritable vision double dans l'espace, c'est-à-dire à volonté la vision *d'avant en arrière* ou *d'arrière en avant*: face antérieure ou face postérieure à volonté.

Le Radiostéréomètre — ceci intéresse surtout le chirurgien chargé d'extraire les projectiles — est un appareil de mesure donnant instantanément la distance d'un projectile à un repère extérieur posé sur la peau du blessé ou à un repère anatomique, convenablement choisi par le chirurgien.

Bref, ce qui nous importe ici, c'est que nous avons à notre disposition un moyen puissant et décisif d'explorer avec le plus grand profit les régions qui nous intéressent tout particulièrement.

Le Radiostéréomètre est en service au Val-de-Grâce et son constructeur est M. Mazo, l'opticien parisien bien connu.

PROTHÈSE NASALE [1]

Par le Dr A. Pont [2]

Ex-interne des hôpitaux, Directeur de l'Ecole dentaire de Lyon.

(Communication au Congrès du Havre, juillet 1914 et à la Société d'Odontologie de Paris, 14 novembre 1915.)

Au début de l'année dernière j'avais construit, pour un de mes patients, une prothèse nasale partielle. Cet appareil, en porcelaine à haute fusion, était destiné à remplacer l'aile droite du nez qui était affaissée et perforée ; il était maintenu au moyen d'une petite boule ovoïde en or, placée dans la narine droite, à laquelle venait s'accrocher la face interne de la pièce de céramique. Le résultat esthétique était satisfaisant, mais l'appareil de maintien, quoique très réduit de volume, gênait beaucoup le malade. C'est alors que je résolus d'essayer la méthode de Henning (de Vienne) dont j'avais entendu parler depuis longtemps. Warnekros (de Berlin) avait d'ailleurs fait une communication à ce sujet à la Société d'Odontologie de Paris en 1913.

Je pus, après quelques difficultés, me procurer une petite quantité de pâte de Henning et le résultat obtenu dépassa, au point de vue esthétique, tout ce que j'avais vu jusqu'alors. Ce malade, ainsi que deux autres cas de prothèse nasale dans lesquels j'avais appliqué la méthode de Henning, fut d'ailleurs présenté à la Société de chirurgie au mois de janvier dernier (voir comptes rendus de la Société de chirurgie, in *Lyon Chirurgical* et *Lyon Médical*.

La méthode est très simple, comme nous le verrons tout à l'heure, et il ne restait qu'à trouver une pâte semblable. La pâte de Henning, dont je n'ai pas pu avoir la formule, rappelle comme consistance la pâte employée dans l'industrie pour les polycopies ; elle a aussi quelque analogie avec

---

1. *Communication faite à la Société d'odontologie de Lyon, mai 1914.*

2. Rappelons qu'actuellement le Dr Pont est médecin aide-major de 2e classe et chef du Service de stomatologie à l'Hôpital de stomatologie et de prothèse bucco-faciale, 22, rue de Saint-Cyr à Lyon.

la pâte employée en pharmacie pour fabriquer les ovules de glycérine.

Avec mon ami, le Dr Duplant, j'essayai d'abord la pâte autocopiste dont voici la formule :

Gélatine	100
Eau	375
Kaolin	50
Glycérine	375

(Dorvault, *Répertoire de pharmacie.*)

Le kaolin est employé ici dans le double but d'abaisser le prix de revient en économisant la gélatine et de rendre l'écriture plus nettement visible sur la pâte transparente. Cette pâte s'effritait facilement et ne donna pas des résultats bien brillants.

Après une série de tâtonnements le Dr Duplant obtint enfin une pâte à la fois très élastique et très résistante, de manipulation facile et qui, une fois colorée convenablement, me donna pleinement satisfaction tant au point de vue esthétique qu'au point de vue durée. Le Dr Duplant s'est arrêté à la formule suivante :

Gélatine pure et blanche	20
Colle Coignet	5
Glycérine	62
Eau distillée	25

L'incorporation de la colle Coignet est très délicate et demande de grandes précautions. On colore avec des couleurs fines pour l'aquarelle (ocre jaune et vermillon), de façon à obtenir la couleur de la peau.

J'ai déjà indiqué rapidement, dans mes communications précédentes, la façon de construire avec cette pâte les appareils de prothèse chirurgicale (nez, oreilles, joues, etc.). Pour ceux que cette question intéresse j'insisterai un peu plus longuement aujourd'hui, et pour bien montrer les indications et les avantages de cette nouvelle méthode, je passerai au préalable très brièvement en revue les différentes variétés de prothèse nasale.

L'or, l'argent, le platine, l'aluminium, ont été tout d'abord employés pour la fabrication des nez.

A l'époque d'Ambroise Paré les nez en argent étaient déjà connus. Puis on employa l'ivoire, le caoutchouc, le celluloïd. Schange, Préterre, Kingsley, Goldenstein, ont construit des nez artificiels variés et très ingénieux ; mais pour donner à ces appareils une apparence de vie on était obligé de les peindre et le résultat esthétique n'était jamais bien merveilleux. C'est Cl. Martin qui, le premier, eut l'idée d'employer la céramique. Par cette méthode on obtient des nez translucides, simulant la peau vivante et donnant l'illusion de la réalité.

La construction d'un nez en céramique est certainement, dans toute la prothèse restauratrice, l'opération qui exige le plus de connaissances techniques et demande le plus d'habileté.

Après avoir obtenu le moulage de la face, on reconstitue le nez au moyen de la terre à modeler des sculpteurs, on estampe une feuille de platine d'un dixième de millimètre d'épaisseur, reproduisant exactement le nez et destinée à servir de support à la pâte de porcelaine. Pour ne pas le déformer pendant la manipulation et pendant la cuisson, on remplit l'intérieur d'un mélange de plâtre et de poudre d'amiante. On place des vis de platine de façon à noyer une de leurs extrémités dans la porcelaine. Ces vis serviront à fixer le nez à l'appareil de contention. On recouvre la surface de platine d'une série de couches de pâte d'Allen. On fait cuire ou plutôt biscuiter au four (four à coke, four à gaz ou mieux four électrique). On répare les fissures et l'on s'arrête lorsque l'épaisseur de la porcelaine atteint 2 millimètres. On place une dernière couche de porcelaine émail d'Allen, colorée au pourpre de Cassius et au précipité d'or, qui donne la translucidité et l'apparence de la vie à la porcelaine. On fait cuire une dernière fois jusqu'à ce que la surface devienne brillante, on laisse refroidir lentement, on enlève le plâtre et l'on détache de la porcelaine la feuille de platine, puis on enlève le brillant de l'émail en l'exposant aux vapeurs fluorhydriques. Il ne reste plus qu'à amincir les bords avec la meule, de dehors en dedans, afin

qu'ils viennent se confondre graduellement avec la peau.

La fabrication d'un nez en caoutchouc ou en métal coulé ne présente aucune difficulté. Elle est basée sur les mêmes principes que celle des appareils de prothèse ordinaire, il est donc inutile d'insister.

Lorsqu'il y a communication entre la bouche et le nez on peut faire un appareil de contention fixé à une plaque palatine analogue à celui de Schange ou de Martin. Dans un cas j'ai utilisé ce mode de contention sur un malade de l'école dentaire (*Province dentaire*, mai 1910) pour un nez artificiel en caoutchouc.

Lorsqu'il n'y a pas de perforation bucco-nasale, on peut se servir de lunettes ou de petits fils d'or formant ressorts et prenant point d'appui dans les fosses nasales. Mais les lunettes sont un pis aller, et les ressorts sont souvent difficiles à supporter et à bien régler. En somme les appareils de contention sont toujours la partie la plus délicate de la prothèse nasale, et un des grands avantages de la méthode de Henning est de les supprimer totalement.

Je ne vous parlerai pas de la rhinoplastie avec ou sans charpente métallique, car ses partisans sont de moins en moins nombreux ; ni de la prothèse nasale par injections de paraffine. Cette dernière méthode, dont j'ai publié quelques observations il y a une dizaine d'années dans le *Lyon Médical*, est surtout applicable dans les cas de nez en lorgnette, et n'est d'aucune utilité chez les malades analogues à ceux que je vous présente aujourd'hui.

Je citerai pour mémoire le traitement des déformations nasales par la greffe de cartilage et d'os ou de cartilage fœtal. Mon collègue et ami Sargnon en a relaté au dernier Congrès d'oto-rhino-laryngologie une série de cas. Ces prothèses vivantes sont indiquées pour les nez aplatis et en lorgnette, dans certains cas de fractures, etc., mais ne peuvent entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de remplacer le nez en totalité ou en partie.

Construction d'un appareil par la méthode de Hen-

ning. — Pour remplacer un nez, une oreille, etc., au moyen de la pâte dont j'ai donné la formule, rien n'est plus facile. On prend au plâtre un moulage de la face. Sur le modèle obtenu, on reconstitue à la cire l'organe qui manque. Toutes ces opérations ou manipulations sont décrites dans les traités classiques de prothèse à propos de la construction des nez artificiels, je n'insisterai donc pas. Un petit détail seulement est à noter : le modelage en cire, lorsqu'on veut construire un nez en caoutchouc, est fait aussi mince que possible ; ici, au contraire, le modelage sera fait en cire pleine, de façon à donner plus de consistance au nez artificiel et à lui donner, en outre, une plus grande assise sur les téguments. Toutefois au niveau des muqueuses la cicatrice sera évidée légèrement, afin que l'appareil soit seulement en contact avec la peau.

Le nez en cire ainsi obtenu est enlevé du modèle et l'on coule sur une de ses faces une couche épaisse de plâtre. On taille et l'on façonne avant durcissement, afin de donner au plâtre une forme aussi géométrique que possible. On passe une bonne couche d'huile et l'on coule une seconde couche de plâtre de façon à enrober complètement le nez en cire. On obtient ainsi un moule en deux parties. Il est quelquefois nécessaire de faire un moule en trois parties. Il ne reste plus qu'à enlever la cire et couler à sa plaee la pâte de Henning.

Pour cela on pratique dans une partie du moule, à l'endroit le plus favorable, un trou de coulée en forme d'entonnoir. On fait fondre la pâte au bain-marie, on talque le creux du moule pour éviter l'adhérence au plâtre et l'on coule la pâte. On laisse durcir pendant une demi-heure, on sépare les deux parties du moule et l'on retire le nez artificiel. On enlève l'excédent de pâte et les bavures avec des ciseaux de façon à avoir des bords bien nets. Il ne reste plus qu'à fixer l'appareil : pour cela on badigeonne sa face interne avec la colle suivante :

Mastic en larmes	15 grammes.
Baume du Canada	2 gr. 50.
Ether sulfurique	15 grammes.

Une légère couche suffit et l'on applique vivement l'appareil sur la peau. On égalise bien les bords avec un instrument mousse et légèrement chauffé.

Si la teinte est bonne, le résultat est parfait ; il est utile de toucher légèrement au crayon carminé les parties naturellement plus rouges (l'intérieur des narines par exemple), et de passer au besoin une légère couche de poudre de riz. Les malades apprennent vite non seulement à faire ce léger maquillage, mais aussi à fabriquer eux-mêmes leur nez.

Depuis que j'emploie cette méthode, j'ai eu l'occasion de l'utiliser sur huit malades.

Chez quatre d'entre eux, dont je ne peux pas reproduire les photographies, il s'agissait de lésions tertiaires. Chez deux autres, il s'agissait de lésions traumatiques ayant détruit plus ou moins l'aile du nez. Une de mes malades, dont je donne aussi les photographies, avait eu le nez complètement détruit par un lupus et, enfin, chez le huitième il s'agissait de brûlures graves, à la suite desquelles le nez, les oreilles et les yeux avaient été presque entièrement détruits. Ce dernier malade a quitté Lyon et je n'ai plus eu de ses nouvelles. J'éliminerai de même une autre patiente (affaissement du nez d'origine spécifique) et dont les lésions étaient en pleine suppuration. Je lui avais construit gratuitement un appareil pour lui permettre d'attendre le moment favorable à une greffe osseuse dans la cloison. Cette malade, je crois, n'a pas porté longtemps son nez artificiel, et, aussi reconnaissante que docile, ne m'a jamais donné signe de vie. Par contre j'ai pu suivre les autres patients et je donnerai ici en quelques mots les résultats de ces observations. Nous en déduirons les avantages et les inconvénients de cette nouvelle méthode.

Tout d'abord, comme on a pu s'en rendre compte à la Société de chirurgie et comme vous pouvez vous en rendre compte vous-mêmes sur les photographies que je vous présente, le résultat est parfait au point de vue esthétique. Aucune méthode, pas même la céramique, ne donne des résultats comparables à ce point de vue.

La suppression des appareils de contention est non seulement une simplification pour le prothésiste, mais aussi rend possibles pour tous les cas la fabrication et le port d'un nez artificiel. C'est surtout dans les cas de prothèse partielle du nez que l'on peut apprécier les avantages de la suppression de tout appareil de maintien ; autant la prothèse nasale



Fig. 1. — Avant la restauration.

était chose difficile autrefois, autant elle est devenue facile maintenant grâce à cette nouvelle méthode.

Il faut ajouter à cela qu'on obtient des résultats esthétiques supérieurs et que ce genre de prothèse devient abordable pour tous. prothésistes et patients. La construction en est facile et le prix de revient bien moins considérable. La facilité de fabrication est si grande que le malade peut apprendre à construire lui-même son appareil. C'est le cas de la plupart de mes patients. Ce nouvel avantage supprime le seul reproche que l'on pourrait faire à la méthode ; car ces

nez se déchirent, en effet, au bout de quelques jours lorsque le malade a dû, par hygiène et propreté, les enlever et les remettre plusieurs fois. Ils doivent donc être renouvelés souvent et en moyenne, d'après ce que j'ai vu, tous les quatre ou cinq jours. C'est là, nous l'avons dit, une chose facile. D'ailleurs, les nez en caoutchouc peint se salissent rapidement



Fig. 2. — Après la restauration.

et il faut les repeindre souvent. Quant aux nez en céramique, ils sont lourds, fragiles, très longs à construire et très coûteux.

En somme, cette nouvelle méthode de prothèse chirurgicale, par sa simplicité et par ses merveilleux résultats, est supérieure dans la majorité des cas aux méthodes anciennes (céramique, caoutchouc, etc.). J'ai pu me rendre compte de ses nombreux avantages sur mes malades et c'est pourquoi j'ai cru utile de la faire connaître et de la vulgariser.

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face

(Suite.)

Par MM.

MAURICE ROY,
Président et chef du service clinique du Comité.

PAUL MARTINIER,
Chef du service technique du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

Voici maintenant un autre blessé, *P... N° 284*, chez lequel on a fait une réduction par le même procédé mais dans des conditions un peu particulières[1]. Cet homme avait primitivement une grosse mutilation mais celle-ci est devenue plus particulièrement grave par suite du retard de l'intervention du prothésiste. En effet, cet homme blessé le 19 novembre ne nous a été confié que le 15 janvier et à ce moment il présentait : à gauche, une fracture en consolidation vicieuse avec un chevauchement tel des fragments que la canine gauche se trouvait en contact avec la 1re grosse molaire et en dehors de celle-ci ; à droite il présentait dans la région des prémolaires une pseudarthrose due à une perte de substance mais qui était aggravée par le chevauchement des fragments gauches consolidés vicieusement. La face était considérablement déformée comme vous pouvez le voir sur les photographies prises à ce moment (fig. 11, 1 et 2), le menton était complètement effacé, il portait en outre une large fistule au niveau de sa cicatrice mentonnière très incomplètement réunie.

Il ne restait à la mâchoire inférieure qu'une seule dent, la 2e grosse molaire gauche et les racines de la 1re grosse molaire, celle de la canine du côté gauche et les racines de la 2e molaire du côté droit.

---

1. Le soldat *P... N°* 284 a été soigné par M. SORET et par M. DAEHLER.





Fig. 11. — Le soldat *P... N°* 284. Fracture double du maxillaire inférieur avec consolidation vicieuse et gros chevauchement des fragments à gauche, perte de substance et speudarthrose à droite.

1 et 2. Le malade à son entrée au Comité.

3 et 4 Le même après réduction du fragment non consolidé et débridement de la lèvre inférieure. (Ce malade est encore en cours de traitement.)

Ce malade se présentait dans un état tel que nous fûmes tout d'abord désespérés, nous demandant s'il serait possible de faire quelque chose pour remédier à son état. Cependant nous commençâmes en tout état de cause par lui faire traiter ses racines, solides heureusement, puis nous y fîmes placer des couronnes en argent. Cette première opération menée à bonne fin, nous avions alors des points d'appui pour tenter une réduction des fragments au niveau de la pseudarthrose, l'autre côté étant malheureusement définitivement consolidé. La réduction a été obtenue au moyen de ressorts en fil de piano montés sur deux gouttières en caoutchouc avec petits tubes latéraux sur la face linguale comme dans le cas des malades précédents ; les gouttières n'ont pas été scellées, le scellement présentant quelques inconvénients dans ce cas en raison des racines pourvues de coiffe qui servaient de soutien et dont l'on devait ménager la résistance. Le résultat a dépassé toutes nos espérances et vous pouvez juger du résultat déjà acquis. Ce blessé porte aujourd'hui un appareil qui maintient l'écartement obtenu et nous nous proposons maintenant de lui faire un débridement de la lèvre inférieure qui va encore, nous l'espérons, améliorer notablement son faciès [1].

*
* *

Dans la réduction des fragments déviés, il arrive fréquemment que l'un de ceux-ci offre une résistance beaucoup plus grande que l'autre, soit en raison de sa plus grande étendue, soit en raison d'adhérences fibreuses. Dans ces conditions l'un des fragments peut être réduit aisément à

---

1. Depuis cette conférence nous avons effectué cette opération. La lèvre a été débridée largement au bistouri du côté buccal et libérée des fragments auxquels elle adhérait. Immédiatement après ce débridement, nous avons remis en place l'appareil de contention des fragments en y ajoutant une masse considérable de gutta remplissant toute la brèche obtenue dans la bouche par le débridement et plaçant la lèvre en hyperextension à ce niveau pour compenser le retrait cicatriciel. L'épidermisation de la plaie s'est faite en trois semaines. Cette dernière intervention a notablement amélioré l'état de ce malade dont la fig. 11 (2 et 3) montre la physionomie actuelle et nous comptons améliorer encore notablement celle-ci par la suite.

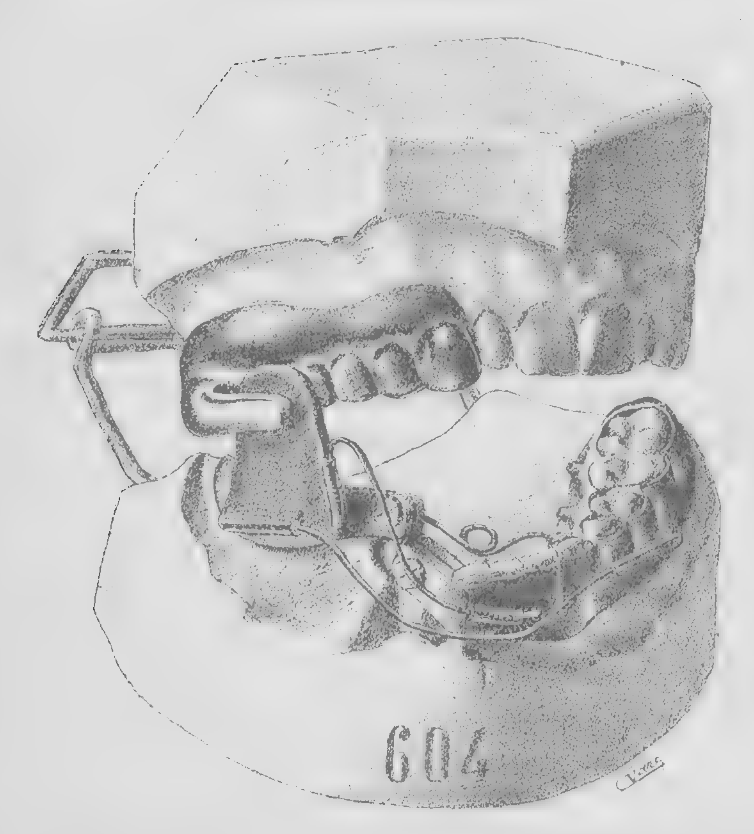


Fig. 12. — Appareil de réduction lente au moyen de ressorts en fil de piano comme dans les figures 3 et 6, mais avec immobilisation du fragment droit, la force active s'exerçant exclusivement sur le fragment gauche. Le blessé S... N° 604 qui a porté cet appareil présentait une fracture de la mâchoire inférieure avec perte de la portion d'os comprise entre l'incisive latérale droite et la 1re grosse molaire du même côté; les fragments étaient déviés en dedans l'un vers l'autre; le fragment droit était facilement réductible, mais le fragment gauche, dévié en bas et à droite, ne l'était pas extemporanément.

Cet appareil est composé à la mâchoire inférieure de deux attelles en argent coulé fendues à leur partie antérieure où se voient les vis de serrage. L'attelle du côté droit porte sur sa face vestibulaire une ailette rigide en argent assez résistante qui glisse par sa face externe sur une ailette correspondante fixée (le fragment droit placé en position normale) à une gouttière en argent coulé, scellée à la mâchoire supérieure; cette ailette supérieure est fermée en arrière pour s'opposer aux mouvements du fragment droit qui est ainsi solidement maintenu en dedans, en dehors et en arrière.

Trois ressorts sont placés sur cet appareils : 1° un premier ressort vestibulaire fixé dans deux tubes horizontaux à la partie postérieure des attelles et qui agit à la manière de l'arc d'Angle et plus particulièrement ici sur la partie postérieure du fragment gauche; 2° un second ressort vestibulaire placé au-dessus du précédent et fixé, à droite, dans un tube vertical placé au devant de l'ailette et à gauche dans un tube horizontal antérieur, ce qui permet d'élever de bas en haut l'extrémité du fragment gauche abaissée; 3° un ressort du côté lingual fixé dans des tubes placés le long de la face linguale des attelles avec points d'appui modifiables à volonté et qui agit, dans sa position actuelle, sur la partie antérieure du fragment gauche.

la main alors que l'autre au contraire oppose une résistance invincible à la réduction nouvelle. Il résulte de cette disposition que, si la force active des ressorts s'exerce sur les deux fragments, celui qui se déplace le plus est justement celui qui n'avait pas besoin de le faire. Pour obvier à cet inconvénient, nous immobilisons en bonne position le fragment le moins résistant au moyen d'une ailette métallique très solide, comme celles que nous plaçons sur certains appareils de contention dont nous vous parlerons dans un instant, et que nous ajoutons à la face vestibulaire de la gouttière qui sera placée sur ce fragment. Cette ailette (fig. 12) vient glisser par sa face externe sur une ailette correspondante placée sur une gouttière fixée à la mâchoire supérieure et qui empêche, par sa disposition fermée en arrière, tout déplacement du fragment inférieur correspondant.

Les gouttières ainsi construites sont mises en place et nous y ajustons alors les ressorts de fil de piano comme dans les cas que nous venons de vous montrer. Il résulte de cette disposition que la force ne s'exerce plus que sur le fragment à redresser, le point d'appui fixe étant représenté par l'ailette d'immobilisation supérieure qui maintient solidement le fragment mobile au niveau duquel les ressorts sont fixés.

Ce même dispositif peut être utilisé également dans la réduction au moyen du vérin (voir fig. 20).

(A suivre).

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations pratiques du 14 novembre 1915.

Présidence de M. Jeay, président.

La séance est ouverte à 9 heures du matin.

Le Président expose que cette séance a été décidée pour ainsi dire inopinément, de façon à profiter du passage à Paris de M. le Dr Pont. Il remercie les nombreux confrères présents de leur empressement à s'être rendus à cette réunion, bien qu'ils aient été tardivement prévenus. Il remercie notammeut ceux qui y sont venus, quoique ne faisant pas partie de la Société.

Il explique, en outre, qu'un certain nombre des membres de la Société présents à Paris sont mobilisés sur place et ne peuvent sortir le soir ; que d'autre part, les communications sont difficiles le soir dans la capitale. Pour ces raisons la Société a dû renoncer aux séances de la soirée et donner la préférence à une réunion tenue le dimanche matin et accessible à tous.

Il espère que cette première séance sera suivie d'autres et que la Société pourra tenir ainsi ses assises mensuellement comme par le passé.

Il donne lecture de lettres d'excuses de MM. G. Roussel, Blatter, président de la F. D. N., Frinault, Dr Roy, Dr Gernez, empêchés.

M. Frinault père fait part de la citation à l'ordre du régiment dont son fils a été l'objet.

M. Blatter exprime au Dr Pont, la reconnaissance de la Fédération pour l'appui bienveillant qu'il a donné à la cause des dentistes mobilisés et pour son intervention auprès du Sous-Secrétariat d'Etat afin de faire aboutir leurs revendications professionnelles à cet égard.

I. — Restaurations faciales avec la pate malléable.

M. le Dr Pont, de Lyon, expose son procédé d'une prothèse nasale selon le procédé de Henning, mais avec une pâte préparée par lui et le Dr Duplant.

En attendant que nous puissions donner cette conférence in-extenso, nous donnons une communication sur la prothèse nasale faite par l'auteur au Congrès du Havre, juillet 1914 (V. p. 42).

II. — Prothèse restauratrice ; une année d'expériences ; quelques conclusions, par M. le Dr Frey.

M. le Dr Frey donne lecture de cette communication (V. p. 33).

III. — Radiostéréomètre Mazo-Taulupie.

M. le Dr Frey présente cet appareil (V. p. 41).

IV. — Appareil pour réduire la constriction des machoires.

M. le Dr Pierre Robin donne lecture d'une communication sur ce sujet (sera publié dans le prochain numéro).

V. — Présentation de malades et d'appareils pour le traitement des brides cicatricielles.

Au nom de M. Roy et au sien, M. P. Martinier présente :

1° Deux malades traités au Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face de l'Ecole dentaire de Paris.

Ces deux malades atteints de blessures graves : disparition presque totale de la mandibule et de toutes les parties molles du menton ont été opérés après avoir subi le traitement institué habituellement dans les cas de ce genre traités par MM. Roy et Martinier. Ce traitement comprend quatre stades bien définis :

A. Redressement du ou des fragments au moyen d'appareils d'orthognatie.

B. Confection et pose des appareils squelettiques, tuteurs de l'autoplastie que doit pratiquer le chirurgien pour ces grands délâbrements. Ces appareils doivent être combinés de façon à être démontables dans la bouche.

C. Confection et application d'appareils dilatateurs des brides cicatricielles, destinés à compléter la restauration esthétique du faciès du blessé.

D. Confection et application d'appareils définitifs de prothèse, tardive, simples ou composés.

2° Un cas de fracture multiple du maxillaire inférieur comportant un déplacement considérable des fragments. M. Martinier présente les modèles avant et après le traitement avec les photographies du blessé. Ce cas peut constituer un cas type de traitement des fractures du maxillaire inférieur par blessure de guerre ;

3° Un cas de fracture du maxillaire inférieur avec perte de substance osseuse étendue, de la partie antérieure de la mandibule. Les modèles relatent les différentes périodes du traitement qui comprend :

A. Période de redressement des fragments déviés en dedans de l'arcade dentaire inférieure, au moyen de gouttières placées sur

les fragments et reliés entre eux par des ressorts en fil de piano, déplaçables à volonté selon la direction à donner au redressement des fragments et avec des points d'application variables de la force continue employée.

B. Période de maintien de la correction et confection et pose d'un appareil provisoire destiné à maintenir les fragments en bonne solution et à dilater les brides cicatricielles des parties molles de la cavité buccale et du visage.

C. Confection et pose d'un appareil de prothèse tardive comportant des dents artificielles et maintenant en place les parties dures (fragments mandibulaires) tout en soutenant les parties molles (lèvres, joues, menton);

4° Un appareil pour fracture de la branche montante, ou pour les fractures *terminales* du maxillaire inférieur (les auteurs nomment ainsi les fractures en arrière de la dernière dent d'une arcade). Cet appareil permet, sans le déplacer ou le desceller :

A. De réduire ou de maintenir la ou les autres fractures concomitantes.

B. De réduire la déviation du maxillaire du côté où la fracture de la branche montante le fait dévier, par l'application de la force intermaxillaire.

C. Cette réduction obtenue, de la maintenir d'une manière certaine et pendant tout le temps nécessaire par la suppression de la force intermaxillaire et l'adjonction d'une attelle mobile dont la rétention et le mécanisme ont été prévus lors de la confection de l'appareil;

5° Enfin un appareil dilatateur pour les orifices buccaux devenus trop étroits par la rétraction cicatricielle. Cet appareil permet d'obtenir cette dilatation rapidement et sans souffrance pour le blessé en sorte qu'au bout d'un temps relativement très court on peut procéder sans difficultés aux différentes manœuvres préparatoires à la pose des appareils, ainsi qu'à l'introduction de ces appareils ce qui était impossible ou très difficile auparavant.

VI. — La nécessité des soins dentaires dans l'armée ; quinze mois d'expérience.

M. G. Villain donne lecture d'une communication sur ce sujet (sera publié).

Le président remercie vivement les auteurs de communications et de présentations grâce auxquels il a été possible d'organiser la réunion, si intéressante au point de vue pratique et dont chacun tirera les meilleurs profits.

M. Godon, au nom de l'Ecole dentaire de Paris, remercie la Société d'Odontologie de cette séance de la seule société scientifique professionnelle qui ait fonctionné depuis le début de la

guerre. Il exprime le vœu que la Société d'Odontologie reprenne ses séances régulières.

La séance est levée à midi.

***

Le Bureau de la Société d'odontologie de Paris, désireux de rendre à cette réunion scientifique toute son activité de façon à contribuer aussi puissamment que possible à la vulgarisation des idées nouvelles et des progrès dans le traitement des blessures des maxillaires et de la face, a décidé de reprendre ses réunions mensuelles.

En conséquence une séance aura lieu le dimanche 12 mars, à 9 heures du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° G. B. Hayes. — Ambulance américaine.

Traitement des blessés de la face et des maxillaires.

Présentation de blessés, de modèles, de photographies et de radiographies.

2° M. le Médecin-Major Frey et ses assistants.

Présentation de malades et d'appareils.

3° M. G. Villain. — Bielle intermaxillaire extensible ou réductible (appareil mixte de réduction et de contention de fractures des maxillaires).

Articulateur intermaxillaire (pseudo-articulation temporo-maxillaire).

Présentation de malades et de modèles.

4° MM. Roy et Martinier. — Débridements cicatriciels avec pose immédiate d'appareils.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

NOUVELLE VISITE AU MINISTRE DE LA MARINE

M. Blatter, président de la F. D. N., s'est rendu le 6 février auprès du ministre de la Marine, duquel il avait sollicité une audience. Il lui a demandé s'il avait adopté des mesures en vue de la création d'un corps dentaire dans la Marine.

L'amiral Lacaze a répondu qu'il s'occupait de la question et que d'ici peu un décret paraîtrait sur la matière, le rôle que le dentiste est appelé à jouer dans la marine étant de première importance.

Réponses du Ministre de la Guerre à des questions écrites.

Question.

7411. — M. Josse, député, demande à M. le Ministre de la Guerre : 1° si les dispositions nécessaires pourraient être prises à brève échéance pour organiser et réglementer le service dentaire dans l'armée afin d'éviter aux soldats les maladies occasionnées par une mauvaise dentition ; 2° si chaque régiment ne pourrait pas avoir un dentiste ayant rang de médecin auxiliaire. (Question du 13 janvier 1916.)

Réponse.

Un projet de décret est actuellement en instance pour l'adoption des mesures suivantes :

1° Incorporation dans les sections d'infirmiers de tous les dentistes diplômés et, selon les nécessités, d'un certain nombre de mécaniciens-dentistes ;

2° Création d'un cadre spécial de dentistes militaires, avec assimilation au grade d'adjudant et insigne spécial de la fonction.

3° Utilisation de ce personnel en trois échelons :

a) Service régimentaire et formation sanitaire de l'avant ;

b) Formations sanitaires de la zone des étapes ;

c) Formations sanitaires du territoire, la moitié des cadres étant affectée aux armées, et la moitié à l'intérieur.

Journal officiel du 15 février 1916, page 1291.

On remarquera que cette réponse diffère par deux points essentiels de celle que nous avons reproduite dans notre numéro du 30 décembre dernier, p. 275, et qui avait été faite sous le n° 5199 à M. Raffin-Dugens.

En effet, cette fois il ne s'agit plus d'un PROJET DE LOI à déposer prochainement, *mais d'un* PROJET DE DÉCRET actuellement en instance. *C'est dire que la procédure parlementaire sera singulièrement abrégée et que le projet gouvernemental n'étant pas soumis aux commissions et à la discussion publique échappera par cela même aux modifications qu'il pourrait subir*

éventuellement. Ce n'est donc plus un délai de plusieurs mois comme précédemment, mais seulement de quelques jours, tout au plus de quelques semaines pour que la mesure aboutisse.

De plus, la nouvelle réponse ne limite pas à mille *le nombre des dentistes militaires à créer, comme la précédente ; elle parle de la création d'un* cadre spécial *de dentistes militaires ; le nombre est donc indéterminé.*

On voit que la solution s'approche et se précise de plus en plus et que nous sommes à la veille du résultat attendu.

Question.

7964. — M. Brizon, député, demande à M. le Ministre de la Guerre si les hommes des classes 1888 et 1887, service armé, libérés provisoires, appartenant au service de santé et exerçant les professions de dentiste, masseur et préparateur de pharmacie seront, à l'appel de leurs classes, affectés à nouveau à ce service. (Question du 1er février 1916.)

Réponse.

Les dentistes diplômés non gradés sont tous affectés aux sections d'infirmiers. Il n'y a, d'autre part, aucune raison qui s'oppose à ce que les masseurs et préparateurs de pharmacie des classes 1887 et 1888, qui ont déjà été classés dans le service de santé par leur fascicule de mobilisation soient de nouveau affectés à ce service au moment de l'appel de leur classe. (*Journal off.* du 23 février 1916, p. 364.)

Subvention au Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face.

Le Comité de Répartition des subventions, souscriptions et dons recueillis aux colonies pour les victimes de la guerre vient d'accorder une subvention de deux mille francs au *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face* qui a déjà soigné tant à sa clinique de l'Ecole dentaire qu'à l'hôpital militaire Michelet 1200 blessés, dont un assez grand nombre originaires des colonies.

CENTRES DENTAIRES

Le 5 août 1914, au lendemain de la déclaration de guerre, l'Ecole dentaire de Paris fondait un *Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face*, qui fut la première organisation de ce genre.

En novembre suivant l'Ecole organisait un *Dispensaire militaire* pour la garnison du camp retranché de Paris, et le transformait aussitôt en *centre de prothèse de mastication pour les inaptes dentaires de l'armée*

Ces créations ont tracé la voie à un nombre considérable de confrères et aux divers groupements dans les différents milieux où leur action s'exerçait, à l'arrière comme au front, et qui ont rendu ainsi des services appréciables.

Ce mouvement, fortement secondé par l'opinion publique, a fini par forcer la main au Service de santé qui s'est décidé peu à peu, principalement sous l'impulsion de M. Justin Godart, à créer, comme on le verra par la liste ci-après, un nombre important de centres de prothèse maxillo-faciale dans plusieurs régions et des *centres de prothèse élémentaire* dans toutes les régions.

Quelle meilleure démonstration de la monstruosité de la réponse faite par le Service de santé le 5 mai 1913 à une pétition de la F. D. N. en disant « qu'*en temps de guerre les dentistes ne seraient pour ce Service que* GÊNE ET EMBARRAS ! »

Il est regrettable que ces centres n'aient pas fonctionné lors de l'ouverture des hostilités, comme nous l'avions demandé depuis plusieurs années.

CENTRES DE SPÉCIALITÉS.

Prothèse maxillo-faciale et restauration de la face.

Gouvernement militaire de Paris.

Paris, Val-de-Grâce ; Annexes : Ancien Couvent des Carmélites, 25, rue Denfert-Rochereau ; St-Louis ; H. A. nº 1 Ed. Rothschild. H. Lariboisière ; H. A. nº 122 ; Collège Rollin ; H. C. nº 22 ; — Neuilly, H. américain. — Ecole dentaire de Paris ; H. C. nº 72 ; Lycée Michelet

3e *Région.* — Rouen, Caen.

4e *Région.* — Le Mans, Hospice mixte.

8e *Région.* — Bourges, H. C. 3.

9e *Région.* — Angers, H. C. 7 ; Lycée.

10e *Région.* — Rennes, H. C. 5 ; Faculté des lettres.

12e *Région.* — Limoges.

13e *Région.* — Royat, H. C. 33.

14e *Région.* — Lyon, H. C. 19 ; Groupe scolaire ; Quai de Jayr ; Annexe H. C. 9 ; Ecole du Service de Santé militaire.
15e *Région.* — Marseille, Hôpital militaire.
16e *Région.* — Montpellier, Annexe H. C. 43 ; Hôpital de la Merci.
17e *Région.* — Toulouse, H. C. 34 ; Avenue de Lombez ; H. C. 28 ; Dames de la Croix.
18e *Région.* — Bordeaux, H. C. 25 Talence ; Petit Lycée.
20e *Région.* — Nancy, H. Civils.

CENTRES DE SPÉCIALITÉS.

Prothèse dentaire simple pour les édentés.

Gouvernement militaire de Paris.

Paris, Dispensaires 5 et 45 des Ecoles dentaires ; Versailles, H. Dominique Larrey.
3e *Région.* — Rouen, Caen, Le Hâvre.
4e *Région.* — Le Mans.
5e *Région.* — Orléans, H. C. 11.
6e *Région.* — Châlons-sur-Marne.
7e *Région.* — Besançon, H. militaire, St-Jacques.
8e *Région.* — Nevers, H. C. 26.
9e *Région.* — Angers, H. C. 7, Lycée.
10e *Région.* — Rennes.
11e *Région.* — Nantes, H. C. 25.
12e *Région.* — Angoulême, Hôpital dépôt.
13e *Région.* — Clermont-Ferrand, Hospice mixte.
14e *Région.* — Lyon, Ecole dentaire.
15e *Région.* — Nice.
16e *Région.* — Montpellier.
17e *Région.* — Toulouse.
18e *Région.* — Bordeaux.
20e *Région.* — Nancy, Institut dentaire de la Faculté de Médecine ; Troyes, H. C. 6.
21e *Région.* — Chaumont, Hôpital mixte.

L'Aide Confraternelle aux dentistes français et belges, victimes de la guerre.

Les souscriptions à cette belle œuvre de solidarité professionnelle, présidée par M. G. Viau, dépassent actuellement *cinquante mille francs*. Nous rappelons à ceux de nos confrères qui n'auraient pas encore envoyé leur obole que les souscriptions doivent être adressées à M. Fontanel, trésorier de l'œuvre, 1, rue Vercingétorix à Paris et les demandes de renseignements à M. Barden, secrétaire général, 108, avenue Ledru-Rollin, à Paris.

NÉCROLOGIE

G. V. Black.

G. V. Black était né le 3 août 1836, à Winchester, dans le Comté de Scott, Illinois (Etats-Unis), et resta jusqu'à 16 ans dans une exploitation agricole. A 21 ans il étudia l'art dentaire et se consacra à cet art tout le reste de sa vie.

En 1857 il fonda un cabinet dentaire à Winchester et le conserva jusqu'en 1862, étudiant constamment. A cette époque il s'engagea et prit part à la guerre de Sécession. Nommé sergent, il joua presque constamment le rôle d'éclaireur. Blessé à l'articulation du genou, il passa 6 mois à l'hôpital de Louisville.

Retournant dans son pays, il ouvrit un cabinet dentaire à Jacksonville (Illinois) et continua d'exercer jusqu'en 1897. A ce moment il s'adonna à l'étude de la chimie, établit un laboratoire rattaché à son cabinet. Il fit des cours de chimie aux instituteurs, publia des articles pendant plusieurs années et joua un rôle actif dans les sociétés médicales de sa ville natale et de son comté.

Il a beaucoup écrit et la littérature dentaire lui doit énormément. Il a beaucoup inventé et s'est attaché principalement à développer les instruments de précision pour l'étude scientifique et l'emploi des matières nécessaires à l'art dentaire.

En 1887 l'Ecole dentaire du Missouri lui conféra le degré honoraire de D. D. S. ; en 1864 l'école de médecine de Chicago, le diplôme de docteur en médecine honoraire. En 1892 il reçut le titre de docteur ès-sciences du Collège de l'Illinois et en 1898 le titre de L. L. D. de l'Université du Nord-Ouest. En 1915 le même titre lui fut conféré par l'Université de Pensylvanie. Il était membre honoraire de la plupart des sociétés dentaires du monde.

Il fut le premier lauréat de la médaille Jarvie de la Société dentaire de l'Etat de New-York et le premier lauréat du Prix Miller, décerné par la F. D. I., et ces deux distinctions lui furent accordées à cause du grand nombre et de l'excellence de ses contributions à la science et à l'art dentaire.

Sa carrière commença en 1870 par une chaire de pathologie générale et dentaire à l'Ecole dentaire du Missouri à Saint-Louis, qu'il occupa jusqu'en 1880. De 1883 à 1889 il fut professeur de pathologie dentaire à l'Ecole de chirurgie dentaire de Chicago,

puis, pendant un an, il enseigna la pathologie et la bactériologie dentaire à la section d'Odontologie de l'Université d'Iowa.

En 1891 il enseignait la dentisterie opératoire, la pathologie et la bactériologie dentaire à l'Ecole dentaire de l'Université du Nord-Ouest, dont il devint doyen, poste qu'il occupa jusqu'à sa mort.

Ses œuvres ont été traduites en plusieurs langues et font autorité en la matière. Il a traité beaucoup de sujets et bon nombre de ses contributions sont illustrées de ses dessins originaux. Il n'est pas possible d'énumérer ses innombrables écrits. Mentionnons simplement ses recherches sur les ciments et son traité de pathologie dentaire spéciale.

Il avait épousé, en 1860, Mlle Coughennower, qui mourut en 1863. Il se remaria en 1865 avec Mlle E. Akers Davenport, dont il eut deux filles et deux fils : M. E. Black, de Jacksonville, et D. Black, de Chicago.

Ses obsèques ont eu lieu le 3 septembre, à 2 heures, à Jacksonville.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 66 ans, de notre confrère M. Henri Stener, membre bienfaiteur de l'Ecole dentaire de Paris, survenue à Vichy le 20 février dernier. Les obsèques ont eu lieu le 22. Notre confrère avait fait la campagne de 1870.

***

Nous avons le regret d'apprendre la mort de Mme Renhold, mère de nos confrères Max et Michel Renhold, de l'A. G. S. D. F., dédédée le 30 janvier, à l'âge de 67 ans.

En raison des cironstances, les obsèques ont eu lieu dans la plus stricte intimité. L'inhumation a eu lieu au cimetière de Pantin.

***

Nous apprenons également la mort, à l'âge de 84 ans, de Mme Rollin, mère de notre confrère M. Rollin, décédée à Querrieu (Somme) le 17 février.

Nous adressons à nos confrères et à leurs familles nos vives condoléances.

36e ANNEE. N° 3 30 MARS 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

A NOS LECTEURS

LA CRÉATION DES DENTISTES DE L'ARMÉE ET DE LA MARINE

Un événement des plus importants pour notre profession vient de se produire : un décret du 3 mars 1916 institue le corps des Dentistes militaires, un autre décret du 4 mars institue le corps des Chirurgiens-Dentistes de la marine. Nous n'avons pas besoin de nous étendre sur le grand intérêt que présentent ces deux créations qui consacrent les efforts poursuivis depuis si longtemps par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris *et par la* Fédération dentaire nationale. *Cette création en pleine guerre est la plus belle revanche de la fameuse lettre officielle du Service de Santé de l'Armée répondant le 5 mai 1913 à une de nos pétitions qu'en cas de guerre les dentistes ne seraient pour lui que* gêne et embarras.

Tous les dentistes se réjouiront de ce premier résultat si grand de conséquences et en remercieront ceux qui, par leurs inlassables efforts, ont pu faire aboutir ces décrets. Les délégués de nos groupements professionnels ont su être les éloquents avocats de la cause des chirurgiens-dentistes et nous sommes heureux de les remercier tous ici de leur dévoûment aux intérêts professionnels. On nous permettra, à nous, témoins de la tâche considérable qu'ils ont accomplie de remercier plus particulièrement le président de la F. D. N., M. Blatter, qui, en outre de son action si instante auprès du ministère de la Guerre, a pu faire aboutir en même temps la

création des Chirurgiens-Dentistes de la marine et le secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, M. G. Villain, qui s'est prodigué sans compter pour préparer l'organisation des nouveaux services qu'il n'a pas tenu à lui malheureusement de faire meilleure. Nous pouvons dire aussi avec une légitime fierté que l'œuvre considérable poursuivie par l'Ecole dentaire de Paris depuis le début de la guerre par son Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, *par son* Dispensaire militaire *et sa création du service des inaptes dentaires n'a pas été étrangère à l'obtention des nouveaux grades et ce nous est une occasion de plus de nous en réjouir.*

L'ODONTOLOGIE.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Rapport au Président de la République française.

Paris, le 26 février 1916.

Monsieur le Président,

L'hygiène moderne a démontré l'importance considérable qu'on doit accorder aux soins de la bouche et des dents. Depuis le début des hostilités, les dentistes mobilisés ont rendu des services appréciables et, grâce à leur concours, de nombreux militaires qui avaient été reconnus inaptes, en raison de leur mauvaise dentition ou qui avaient été blessés aux mâchoires, ont pu retourner très vite au front. Mais l'organisation du service dentaire demande à être réglementée et la meilleure utilisation des dentistes exige la création d'un grand nombre de cliniques de chirurgie dentaire réparties à l'avant, à l'arrière et dans l'intérieur.

Il paraît nécessaire d'attribuer aux chirurgiens-dentistes, appelés à exercer leurs fonctions dans les diverses formations, une position dans la hiérarchie militaire correspondant à leur autorité technique.

Précieux collaborateurs du service de santé, ils méritent d'occuper dans l'armée un emploi de « dentiste militaire » qui leur donne la situation d'adjudants sous-officiers.

Le projet de décret que nous soumettons à votre haute approbation a pour objet de créer cet emploi.

Tout en plaçant ces titulaires sous les ordres de médecins militaires, il permettrait de relever comme il convient le prestige des dentistes aux yeux des malades, leur conférerait, pour l'exercice de leur spécialité, l'autorité indispensable et donnerait enfin à ces utiles auxiliaires une légitime satisfaction.

Si vous approuvez ces propositions, nous avons l'honneur de vous prier de vouloir bien revêtir de votre signature le projet de décret ci-joint.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de notre respectueux dévouement.

Le ministre de la Guerre,
GALLIÉNI,

Le ministre des Finances,
A. RIBOT.

Décret.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de la Guerre,

Vu l'article 3 de la loi du 25 février 1875 relative à l'organisation des pouvoirs publics;

Vu la loi du 14 avril 1832 sur l'avancement dans l'armée;

Vu l'article 2 de l'ordonnance du 16 mars 1838;

Vu la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée;

Vu la loi du 7 août 1913, modifiant les lois des cadres de l'infanterie, de la cavalerie, de l'artillerie et du génie, en ce qui concerne l'effectif des unités et fixant les conditions de recrutement de l'armée active et de la durée du service dans l'armée active et sa réserve,

Décrète :

Art. 1er. — Les militaires pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste, soit dans la réserve de l'armée active, soit dans l'armée territoriale ou la réserve de l'armée territoriale, peuvent être, pendant la durée de la guerre et dans

la limite des besoins, désignés pour remplir les fonctions de « dentiste militaire », tant dans les corps de troupes que dans les formations sanitaires de campagne ou les établissements hospitaliers du territoire.

Les titulaires de ces fonctions secondent dans l'exécution du service technique les médecins de l'armée, sous les ordres desquels ils sont placés.

Art. 2. — La position dans la hiérarchie militaire des dentistes militaires est celle des adjudants sous-officiers.

La solde est la même que celle de ces adjudants.

Leur uniforme est déterminé par le ministre de la Guerre.

Art. 3. — Une instruction ministérielle spéciale déterminera les dispositions de détail nécessaires pour assurer l'exécution du présent décret et fixera, notamment, l'effectif des dentistes militaires.

Art. 4. — Le ministre de la Guerre est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 26 février 1916.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Guerre,
GALLIÉNI.

Le ministre des Finances,
A. RIBOT.

Instruction relative aux dentistes militaires.

Paris, le 27 février 1916.

Art. 1er. — Conformément au décret du 26 février 1916, le cadre des dentistes militaires, organisé suivant les besoins de l'armée, se recrute parmi les militaires pourvus du diplôme de chirurgien-dentiste délivré par les Facultés françaises.

Art. 2. — Ils sont nommés, sur justification de leurs titres et suivant les besoins du service : à l'intérieur par les direc-

teurs régionaux du service de santé; aux armées par les directeurs de corps d'armée.

Les dentistes diplômés, membres du corps enseignant ou appartenant au personnel scientifique des écoles dentaires reconnues par l'État, sont nommés les premiers.

Art. 3. — Le nombre des dentistes militaires ne peut dépasser 1000.

Art. 4. — Les dentistes militaires occupent dans la hiérarchie la même position que les adjudants, sous-officiers des sections d'infirmiers.

Toutes les dispositions relatives aux médecins et pharmaciens auxiliaires, sauf celles qui seraient en discordance avec la présente instruction, leur sont applicables.

Art. 5. — Les dentistes militaires ont l'uniforme des adjudants des sections d'infirmiers, avec, à leur collet, le caducée d'argent accompagné de la lettre D. Cette lettre sera placée extérieurement au caducée et aura une hauteur de un centimètre.

Ils ne portent ni parements au képi et aux manches, ni écusson de couleur, mais ont droit au brassard de la convention de Genève.

Art. 6. — Les dentistes militaires sont placés, dans les formations auxquelles ils sont attachés, sous les ordres du médecin chef de celle-ci.

Art. 7. — Leur répartition générale est ainsi fixée :

A. — Aux armées :

1° Dans les formations de l'avant :

Deux dentistes par groupe de brancardiers divisionnaires, l'un d'eux, stable à la formation et s'occupant plus particulièrement des soins à y donner sur place ; l'autre mobile et se transportant dans les différentes unités au repos de la division.

Un dentiste par groupe de brancardiers de corps ; un dentiste par automobile dentaire ;

2° Dans la zone des étapes :

Un dentiste dans chaque centre hospitalier ;

Un dentiste dans chaque dépôt d'éclopés.

B. — A l'intérieur :

Un dentiste dans chaque localité où existe un dépôt de corps de troupes, avec rattachement à l'hôpital militaire, ou, à son défaut, dans la plus importante des formations sanitaires de la place.

Un dentiste dans les camps d'instruction. Des dentistes, suivant l'importance des formations, en nombre plus ou moins grand, dans les centres stomatologiques (prothèse de reconstitution faciale) et dans les centres d'édentés (prothèse élémentaire).

Art. 8. — Le matériel des dentistes comprendra :

A l'avant : pour les dentistes des groupes de brancardiers, une boîte de stomatologie (n° 6 de la nomenclature), avec, en plus, un tour portatif et une chaise pliante à têtières par groupe.

Dans la zone des étapes : un petit laboratoire dentaire, avec les métaux nécessaires à la prothèse dans les centres hospitaliers, avec une installation plus élémentaire dans les dépôts d'éclopés.

A l'intérieur : les installations déjà existantes et, en cas d'insuffisance, les appareils, instruments et produits jugés nécessaires.

Pour le ministre de la Guerre et par délégation permanente :

Le sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire,
JUSTIN GODART.

(Extrait du *Journal officiel* n° 62, du 3 mars 1916, p. 1716.)

MINISTÈRE DE LA MARINE

Rapport au Président de la République Française.

Paris, le 1er mars 1916.

Monsieur le Président,

Les cliniques dentaires, qui existent depuis 1910, dans les hôpitaux maritimes, ont rendu, depuis le début des hostilités, de très grands services ; mais leur personnel se

compose seulement d'un médecin de 1re classe, chirurgien-dentiste, qui ne peut à l'heure actuelle, et devant le nombre considérable des malades, assurer de façon satisfaisante un service aussi chargé. Il est donc indispensable de lui donner des collaborateurs, recrutés parmi les chirurgiens-dentistes diplômés des facultés de médecine françaises.

Le recrutement de ces spécialistes permettrait, en outre, d'en répartir un certain nombre dans l'armée navale, en vue des soins à donner aux hommes servant à la mer.

Il demeure entendu qu'il ne s'agit, de façon générale, que de soins opératoires d'urgence, du traitement et de l'obturation des dents.

Il est nécessaire de créer dans la hiérarchie maritime une situation à ces chirurgiens-dentistes.

Le projet de décret que je soumets ci-joint à votre haute sanction, a pour objet le recrutement de ce personnel et son assimilation, à tous les points de vue, aux médecins auxiliaires de la marine.

Si vous approuvez ces propositions, je vous prie de vouloir bien revêtir de votre signature ce projet de décret.

Veuillez agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de la Marine,
LACAZE.

Décret.

Le Président de la République française,

Vu les lois des 21 mars 1905 et 7 août 1913, sur le recrutement de l'armée ;

Vu la loi du 8 août 1913 sur les engagements et rengagements dans l'armée de mer ;

Vu les décrets des 28 octobre 1914, 7 janvier et 29 mai 1915 concernant les médecins auxiliaires de la marine ;

Sur le rapport du ministre de la Marine,

Décrète :

Art. 1er. — Le ministre de la Marine est autorisé, pen-

dant la durée des hostilités, à recruter, pour les besoins de l'armée de mer, un personnel de chirurgiens-dentistes pour seconder, dans l'exécution du service technique, les médecins de la marine sous les ordres desquels ils sont placés.

Art. 2. — Les chirurgiens-dentistes de la marine sont assimilés, à tous les points de vue, aux médecins auxiliaires dont ils portent la tenue et les insignes.

Art. 3. — Ce personnel est recruté :

1° Parmi les marins des équipages de la flotte titulaires du diplôme de chirurgien-dentiste, des facultés de médecine françaises ;

2° Parmi les chirurgiens-dentistes reconnus aptes à contracter un engagement dans la marine pour la durée de la guerre ;

3° Parmi les militaires de l'armée de terre, pourvus du même diplôme et autorisés à passer dans la marine par voie de changement de corps.

Art. 4. — Des nominations à l'emploi de chirurgien-dentiste de la marine ont lieu au fur et à mesure des besoins du service.

Art. 5. — Le ministre de la Marine est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 1er mars 1916.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le ministre de la Marine,

LACAZE.

(Extrait du *Journal officiel* n° 63, du 4 mars 1916, p. 1765.)

Dès l'apparition des décrets, la F. D. I. s'est empressée d'en envoyer le texte à tous les chirurgiens-dentistes français en l'accompagnant de la lettre ci-dessous :

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE
(F. D. N.)

ASSOCIATION FRANÇAISE DE SOCIÉTÉS DENTAIRES.

Paris, le 3 mars 1916.

Monsieur et Cher Confrère,

Nous sommes heureux de vous annoncer, dès sa publication, la promulgation de deux décrets instituant, l'un le *corps des dentistes militaires de l'armée de terre*, l'autre le *corps des chirurgiens-dentistes de la marine.*

Vous trouverez ci-inclus copie de ces décrets et des instructions relatives à leur application.

Ce premier résultat améliore heureusement, avec le décret de 1909 sur les études dentaires, le statut du chirurgien-dentiste français. Il couronne les longs et patients efforts de toute notre profession.

Cette importante mesure, si elle ne nous donne pas entière satisfaction, crée du moins dans nos armées le corps professionnel autonome des dentistes militaires et consacre ainsi la reconnaissance des principes que nous défendons. Elle constitue une première étape dans la voie que nous poursuivons et à cet égard il y a lieu de nous en féliciter.

La nation tirera les plus grands avantages de cette création (récupération de nombreux combattants, exonération de charges importantes en évitant un grand nombre de pensions de réforme, etc.) ; l'armée tout entière en bénéficiera par les soins immédiats et complets que chaque soldat pourra désormais recevoir.

Cette réforme, nous la devons aux services rendus par notre profession depuis de nombreuses années et plus spécialement pendant la présente guerre, où tous, dans nos groupements professionnels, dans nos écoles dentaires comme par notre action individuelle, nous nous sommes dépensés sans compter, rencontrant souvent des difficultés presque insurmontables.

Mais, malgré cela, la réforme se fût fait attendre longtemps encore si la F. D. N., suivant pas à pas les résultats dus à l'initiative prise par les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique en ouvrant leurs services aux militaires blessés, malades ou édentés-inaptes, n'avait, avec une inlassable persévérance, multiplié en haut lieu les rapports et les démarches pour faire rendre justice à notre corps professionnel.

Notre tâche n'est pas terminée, la vôtre non plus, mon cher confrère, car de l'effort futur de chacun de nous dépend le perfectionnement de l'œuvre ébauchée.

C'est par la nature et l'importance des services que rendront dans cette nouvelle organisation les chirurgiens-dentistes incorporés, par le zèle, le dévouement et la discipline dont ils feront preuve, qu'ils se feront apprécier et qu'ils justifieront de nouveaux efforts de notre part, pour leur assurer dans l'avenir une situation meilleure.

Notre presfession gardera le souvenir reconnaissant de ceux qui posèrent les premières pierres de l'édifice corporatif militaire; M. l'amiral Lacaze, ministre de la Marine et M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du service de santé de l'armée, ainsi que les députés et les sénateurs qui nous apportèrent avec notre président d'honneur, M. le sénateur P. Strauss, leur précieux appui pour le succès de cette réforme.

Nous vous adressons, Monsieur et cher confrère, l'expression de nos sentiments confraternels les meilleurs.

Le secrétaire général,
VILLAIN.

Le président de la Fédération dentaire nationale,
BLATTER.

P. S. — Nous vous informons que vous trouverez auprès de M. G. Villain, secrétaire général de l'Ecole dentaire de Paris, 45, rue de la Tour d'Auvergne, tous les renseignements complémentaires que vous jugerez utiles.

NOTA. — Les demandes de nominations doivent être adressées par voie hiérarchique aux directeurs régionaux du service de santé à l'arrière, aux directeurs de corps d'armée à l'avant.

Joindre à la demande les titres: chirurgien-dentiste Faculté (date).

Titres professionnels: membre d'un corps enseignant, Ecole dentaire de , en qualité de (date).

Titres scientifiques.

Les confrères désirant être nommés chirurgiens-dentistes de la Marine sont priés de nous le faire savoir d'urgence en nous adressant les renseignements ci-dessus.

DEUX LETTRES

Le Sous-Secrétaire d'Etat, M. Justin Godart, et le ministre de la Marine ont adressé à M. Blatter, président de la F. D. N., les deux lettres suivantes qui montreront mieux que tout autre commentaire la part importante que celui-ci a prise au nom de la F. D. N. dans l'élaboration des nouveaux décrets de la Guerre et de la Marine.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA GUERRE. CABINET DU SOUS-SECRÉTAIRE D'ETAT. SERVICE DE SANTÉ.

A M. Blatter, président de la Fédération Dentaire Nationale.

Paris, le 2 mars 1916.

Monsieur le président,

La Fédération dentaire nationale a déployé la plus grande activité en vue de faire aboutir le projet de création d'un corps de dentistes militaires.

Les indications qu'elle a bien voulu fournir au service de santé ont grandement aidé celui-ci dans la tâche qu'il avait entreprise et lui ont permis de préciser les conditions nouvelles dans lesquelles le service dentaire devrait, à l'avenir, fonctionner aux armées et à l'intérieur du territoire.

Aussi suis-je heureux, en vous adressant mes très vifs remerciements pour les diverses initiatives prises par la Fédération dentaire nationale et la collaboration prêtée par elle à mes services, de vous informer que le décret et l'instruction créant et organisant le service dentaire militaire viennent d'être signés et paraîtront incessamment au *Journal officiel.*

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.

Le sous-secrétaire d'Etat,
JUSTIN GODART.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA MARINE. CABINET DU MINISTÈRE.

Paris, 5 mars 1916.

Le Ministre de la Marine
A Monsieur le président de la Fédération dentaire nationale.

Monsieur le président,

Comme suite à votre intervention, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien faire connaître à la Fédération dentaire nationale que, par décret en date de ce jour, il a été créé dans la marine un corps de chirurgiens-dentistes.

Je suis heureux d'avoir pu, en la circonstance, donner satisfaction au légitime désir dont vous vous étiez fait l'interprète.

Agréez, Monsieur le président, l'assurance de ma considération distinguée.

L. LACAZE.

CIRCULAIRE DU MINISTÈRE DE LA GUERRE

Le ministre de la Guerre, pour compléter le décret du 26 février, vient d'adresser aux généraux commandants de région une circulaire concernant l'affectation des chirurgiens-dentistes et des mécaniciens-dentistes aux sections d'infirmiers militaires. Nous reproduisons, d'après la France militaire *du 16 mars, les dispositions de cette circulaire.*

Le 4 mars, par circulaire n° 33, le sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire a prié les généraux commandants de région de prendre, en ce qui les concerne, toutes les mesures nécessaires à l'application des décrets et instruction ci-dessus.

Il importe, dit-il, que les militaires placés sous leurs ordres et pourvus de diplôme universitaire français de chirurgien-dentiste soient, au plus tôt, prévenus des conditions dans lesquelles ils pourront postuler le grade nouvellement créé.

Ils devront donner, par la voie du rapport, connaissance à leurs troupes du décret précité pour que le directeur du service de santé de leur région puisse procéder, dans le plus bref délai possible, aux nominations nécessaires.

Provisoirement, et dès à présent, les nominations pourront avoir lieu dans la limite de 15 pour chaque région (y compris celles situées dans la zone des armées, le gouvernement militaire de Paris, l'Afrique du Nord et le Maroc. Le contingent de nominations à attribuer définitivement à chacune de ces circonscriptions sera fixé dès que les généraux commandants de région auront fait connaître leurs besoins évalués d'après les règles indiquées à l'article 7 de l'instruction.

Il est décidé, en outre, que tous les dentistes diplômés non gradés seront versés dans les sections d'infirmiers, ainsi que les mécaniciens-dentistes qui seront désignés par le sous-secrétaire d'Etat. Pour les uns comme pour les autres, il est entendu qu'un nombre égal d'infirmiers du service armé seront versés dans leur arme d'origine ou dans l'infanterie.

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face

(Suite.)

Par MM.

MAURICE ROY,
Président et chef du service clinique du Comité.

PAUL MARTINIER,
Chef du service technique du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

La force intermaxillaire par l'ancrage intermaxillaire est fréquemment employée par nous pour la réduction des fragments et particulièrement la réduction des déviations en masse de la mâchoire. Pour cela, nous confectionnons une gouttière métallique à la mâchoire inférieure et une à la mâchoire supérieure et nous soudons à la face vestibulaire de chacune de celles-ci une série de petits crochets destinés à fixer de petits anneaux de caoutchouc analogues à ceux employés en orthodontie (fig. 13).

On pourrait, pour cette traction intermaxillaire employer des bagues et des arcs fixés sur les dents comme en orthodontie et nous l'avons fait quelquefois, mais notre expérience nous a porté à préférer d'une façon générale les gouttières avec crochets que nous venons de décrire dont l'application est plus rapide et plus simple, qui nécessitent moins de manœuvres dans la bouche et qui ont en outre l'avantage d'être d'un nettoyage plus facile et d'une fixité plus grande.

Voici un type de cette application chez le lieutenant *A... N° 306*[1]. Ce blessé présentait à son entrée dans le service une fracture de la mâchoire inférieure (fig. 14) avec perte de substance totale au niveau des deux prémolaires et des deux premières grosses molaires droites, cette fracture

1. Le lieutenant *A...* N° 306, a été soigné au Comité par M. STAVISKY et par M. DEVAUCHELLE.

s'accompagnait d'une déviation considérable du fragment gauche, la canine droite, qui limitait ce fragment, n'étant séparée que par un centimètre et demi de la dent de sagesse droite qui, elle, était en position à peu près normale mais enfouie dans un œdème considérable de la joue droite qui

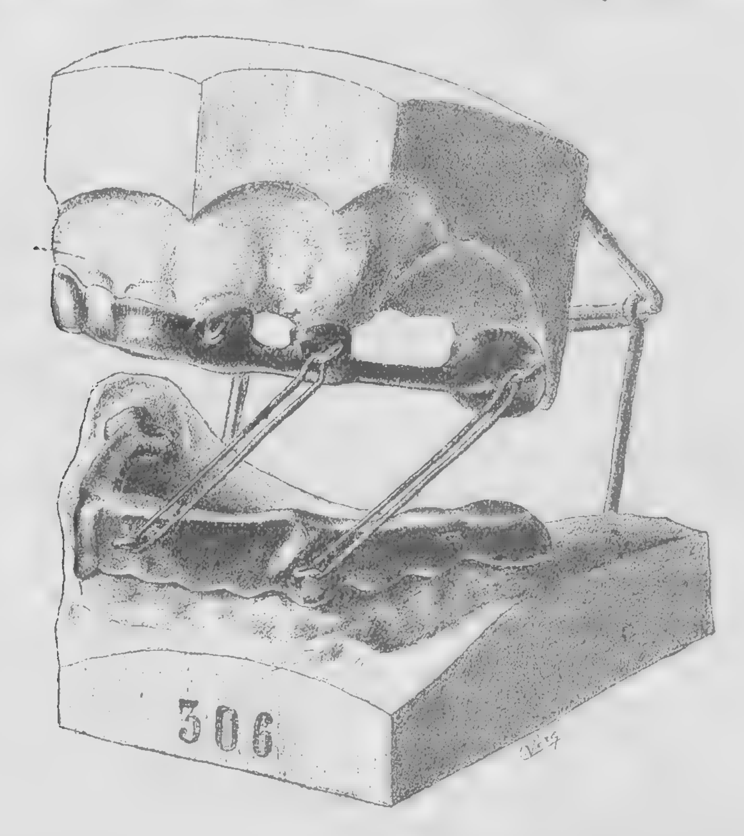


Fig. 13. — Appareil à traction intermaxillaire appliqué au lieutenant A... N° 306 (voir figures 14, 15, 16, 17)' et composé de deux gouttières en argent coulé scellées à la mâchoire supérieure et à la mâchoire inférieure et munies à leur face vestibulaires de petits crochets auxquels s'attachent les petits annneaux de caoutchouc.

se manifestait aussi bien du côté cutané que du côté buccal. L'occlusion était profondément altérée par cette déviation au point que l'incisive latérale droite inférieure venait rencontrer la 1re prémolaire supérieure de ce même côté (fig. 15 et 16 ; fig. 17. I et II).

Nous avons appliqué dans ce cas la force inter-maxillaire comme vous le voyez ici (fig. 13) à l'aide d'une gouttière

emboîtant toutes les dents du fragment principal sans nous occuper du fragment droit qui ne portait que la dent de sagesse et qui, pour les raisons que je viens de vous indiquer, était inaccessible, à ce moment, à toute intervention.

Sous l'influence de ces tractions la mâchoire s'est progressivement redressée et, comme vous pouvez le constater (fig. 16), les dents restantes sont maintenant en occlusion normale à l'exception de la dent de sagesse droite ; le fragment qui supporte cette dent, entraîné par le mouvement du fragment gauche, a suivi celui-ci ce qui ne présente pas

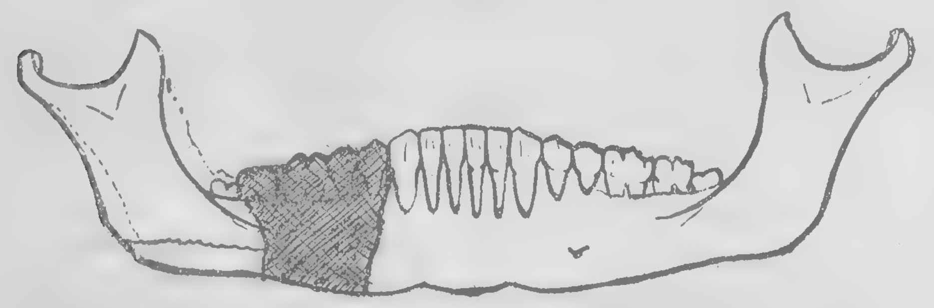


Fig. 14. — Le lieutenant A... *N°* 306. Fracture de la mâchoire inférieure ave- perte de substance totale au niveau des deux prémolaires et des deux prec mières grosses molaires droites, trait de fracture horizontal à la base de la branche montante droite, déplacement en avant de la partie supérieure de celle-ci.

d'inconvénient dans le cas présent étant donné la perte de substance subie au niveau de la fracture ; cela n'a, vous le voyez, aucun inconvénient au point de vue esthétique chez ce blessé ; la dent de sagesse inférieure ne rencontre aucune dent antagoniste à la mâchoire supérieure.

La réduction étant ainsi obtenue, nous avons posé une gouttière immobilisant les deux fragments et qui va amener, nous l'espérons malgré la perte de substance, une consolidation qui, au point de vue fonctionnel et esthétique, donnera un résultat très satisfaisant [1] (fig. 16 et 17, III et IV).

1. Le lieutenant A... est aujourd'hui complètement guéri, sa mâchoire est parfaitement consolidée et son occlusion normale (fig. 16). On peut juger du changement apporté dans sa physionomie par les photographies III et IV (fig. 17) placées en regard de celles prises à son entrée dans le service (I et II fig. 17).

Je vous montre encore un beau cas de réduction par

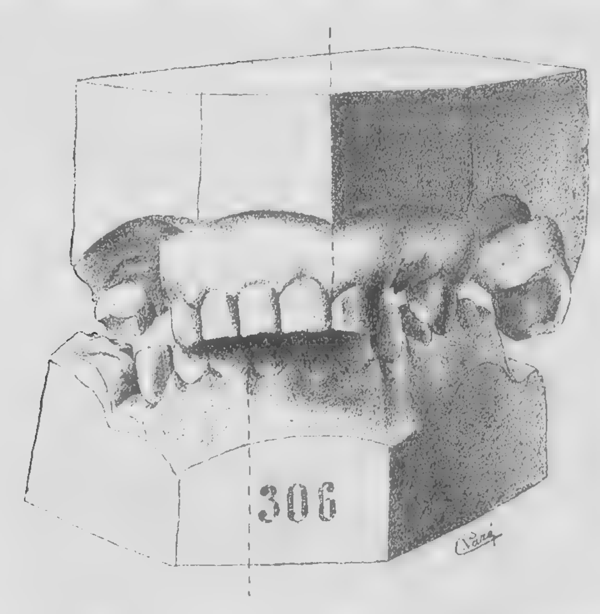


Fig. 15. — Le lieutenant A... *N°* 306. Moulages de la bouche avant la réduction; la ligne pointillée indique la ligne médiane des mâchoires supérieure et inférieure.

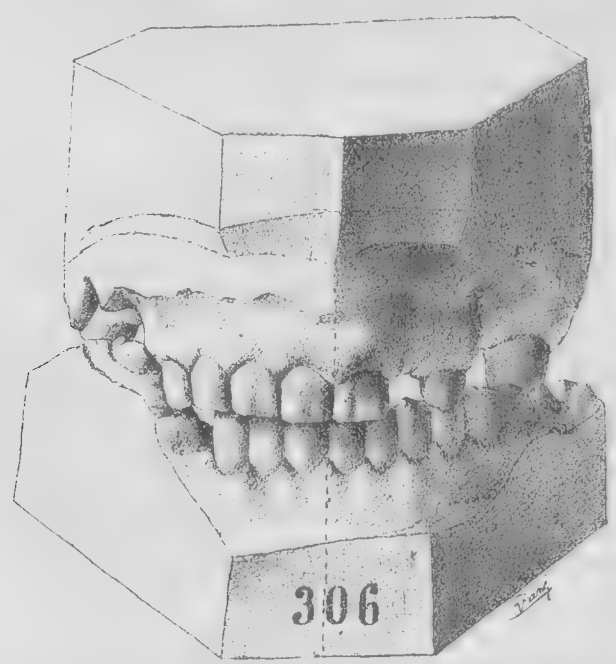


Fig. 16. — Moulages de la bouche du même blessé avec réduction au moyen de l'appareil à traction intermaxillaire représenté fig. 13. Composer avec la figure précédente le pointillé indiquant la ligne médiane.





Fig. 17. — Le lieutenant *A*... *N°* 306. Fracture de la mâchoire inférieure avec perte de substance totale au niveau des deux prémolaires et des deux premières grosses molaires droites. Réduction par appareil à traction intermaxillaire. Consolidation complète avec occlusion normale.

I et II. Le blessé à son entrée au Comité.

III et IV. Le même après guérison.

force inter-maxillaire chez le soldat *P... N° 349* qui a perdu le tiers inférieur de la branche montante gauche et la portion postérieure de la branche horizontale du même côté jusqu'à la 2e prémolaire [1]. Très notablement dévié à gauche à son entrée au Comité, sa mâchoire est maintenant, vous le voyez, en position normale et on lui confectionne un de ces appareils de contention à ailette dont je vais vous parler tout à l'heure.

B. — Réduction lente. Force intermittente.

Si la force continue a des avantages incontestables elle n'est pas cependant applicable dans tous les cas, et dans nombre de ceux-ci force est de recourir à la force intermittente. Les procédés d'application de cette force sont variés et nous allons vous en montrer quelques exemples.

Nous vous présentons tout d'abord le soldat *M... N° 336* qui est arrivé ici dans un état grave, et chez lequel des coins portés sur les fragments postérieurs suivant le procédé si ingénieux de Claude Martin nous ont permis d'obtenir un résultat très intéressant [2]. Blessé le 29 décembre par une balle qui lui a traversé la face en lui brisant la mâchoire il nous est adressé seulement le 17 février, c'est-à-dire un mois et demi après sa blessure. A ce moment il ne peut écarter les mâchoires et a une protrusion de ses dents antérieures avec une béance des lèvres qui lui donne un aspect très particulier dont vous pouvez juger par les photographies prises à son arrivée et par le moulage de sa face qui a été la seule empreinte possible à lui prendre à ce moment (fig. 18). En effet l'ouverture de la bouche était impossible et l'exploration de celle-ci ne pouvait se faire par le vestibule au-delà des prémolaires qui paraissaient marquer la fin de sa cavité buccale. Il était impossible de porter un diagnostic, quant au siège et à la nature des lésions que présentait ce blessé.

Après quelques jours il nous fut enfin possible d'aperce-

1. Le soldat *P...* N° 349 a été soigné au Comité par M. VARLET.
2. Le soldat *M...* N° 336 a été soigné au Comité par M. JEAY.

voir du côté gauche la dent de sagesse inférieure qui était considérablement surélevée puisqu'elle se trouvait dans le fond du sillon vestibulaire supérieur (cette dent, nous l'avons vu par la suite, avait enfoncé la paroi du sinus). On réussit



Fig. 18. — Le soldat *M*... *N°* 336. Moulage de la face prise à son entrée dans le service, l'écartement des mâchoires n'est pas possible, il y a protrusion de la mâchoire inférieure et béance des lèvres ; voir fig. 19 le schéma des deux fractures de la mâchoire inférieure qu'il présente.

à lui introduire au-dessus de cette dent un coin constitué par une lame de liège puis un coin analogue sur la partie postérieure droite de sa mâchoire dépourvue de dent. On obtint ainsi une petite ouverture de la bouche et on put alors constater qu'il y avait une double fracture de la mâchoire siégeant, à droite et à gauche, entre la 2ᵉ et la 3ᵉ grosse molaire, rendant libre la presque totalité de la

branche horizontale devenue très mobile avec l'ouverture de la bouche. Mais ce qui constituait la particularité intéressante de cette fracture c'est que les traits étant sans doute très obliques dans l'épaisseur de l'os, le fragment postérieur droit s'était dévié *en dedans*, en haut, et en avant, tandis que le fragment postérieur gauche se déviait *en dehors*, en haut et en avant, projetant en avant et en bas le fragment antérieur (fig. 19).

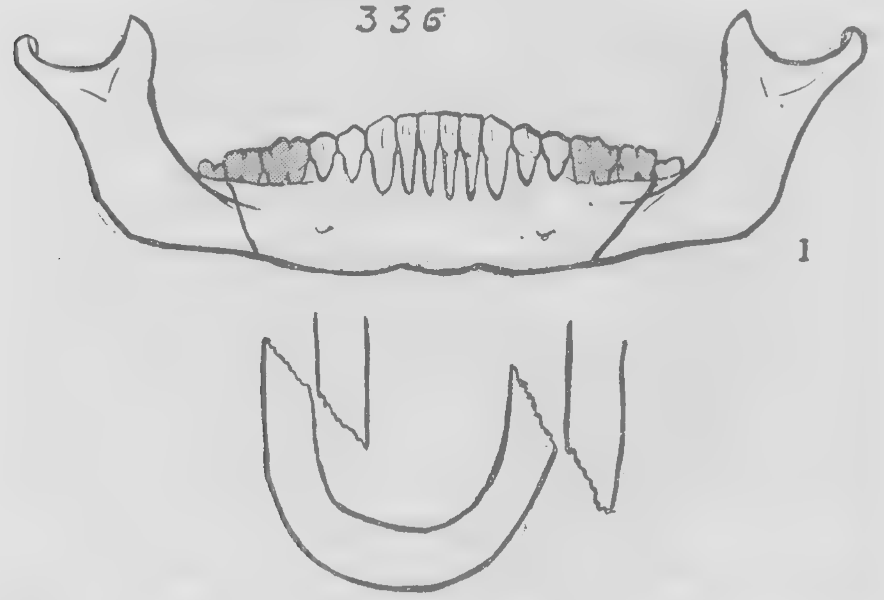


Fig. 10. — Le soldat *M... N°* 336. Fracture double de la mâchoire inférieure ; le fragment postérieur gauche est dévié en dehors, le fragment postérieur droit est dévié en dedans, le fragment antérieur projeté en bas, en avant et à droite.

Les coins de liège furent alors augmentés et portés en permanence pour abaisser complètement les fragments postérieurs et on adjoignit ensuite à ceux-ci le port d'une grande élastique en vue de réduire en haut et en arrière le fragment antérieur en renforçant, du même coup, l'action des coins placés sur les fragments postérieurs.

Le résultat fut très satisfaisant et le 15 mars, un mois après son entrée, on lui posait une gouttière immobilisant, comme vous pouvez le constater, sa mâchoire en bonne position. *(A suivre.)*

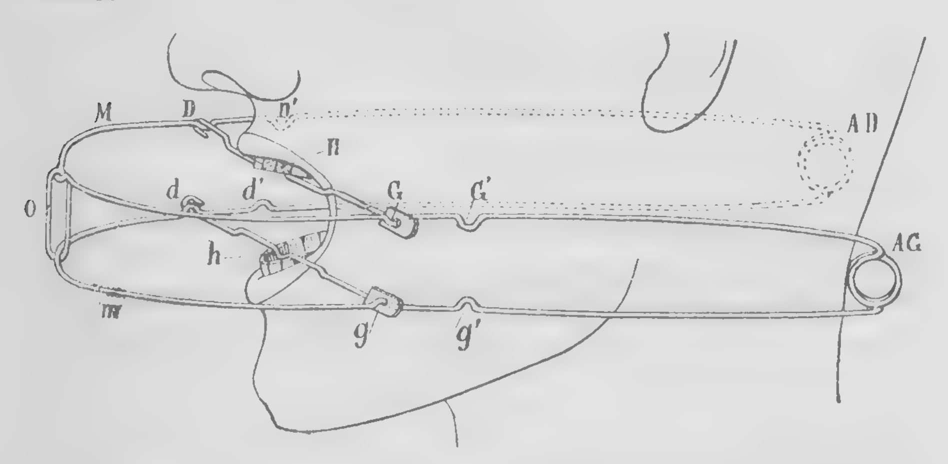
APPAREIL POUR RÉDUIRE LA CONSTRICTION DES MACHOIRES

Par M. le Dr Pierre Robin.

(Communication à la Société d'odontologie, séance du 14 nov. 1915.)

L'appareil de prothèse destiné à réduire la constriction des mâchoires est essentiellement constitué par un fil d'acier qui s'enroule sur lui-même, au niveau de la région postérieure du cou, formant ainsi deux ressorts dont les branches en arc de cercle, solidarisées par continuité du fil, s'appliquent de chaque côté de la tête.

Chacun de ces arcs porte sur ses côtés plusieurs encoches symétriques et superposées, destinées à recevoir deux traverses sur lesquelles peuvent être soudées de petites plaques métalliques garnies d'une feuille de plomb. Ces traverses sont susceptibles d'être transportées d'une encoche à l'autre, suivant la puissance d'écartement des arcs nécessaire.



A la partie médiane antérieure de ces arcs de cercle, se trouve un anneau fermé qui limite leur trajectoire.

Pour la mise en place, le malade prend l'appareil dans chaque main, engage la tête entre les branches métalliques, fait glisser les plaques entre ses dents, en ayant soin de les maintenir l'une contre l'autre, en serrant chacun des côtés des arcs dans les mains.

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

TUBE PORTE-DIGUE POUR LE TRAITEMENT ET L'ASSÈCHEMENT DES RACINES DES DENTS.

Par M. Borkowski,

Chef du service dentaire au Dispensaire municipal de Courbevoie.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 7 juillet 1914).

J'ai l'honneur de vous présenter un petit porte-digue que j'ai inventé pour le traitement et l'assèchement des racines des dents.

Vous savez tous combien l'assèchement par l'air chaud nous est utile dans le traitement des caries profondes. En 1891 notre confrère, M. Godon, a fait une communication fort intéressante

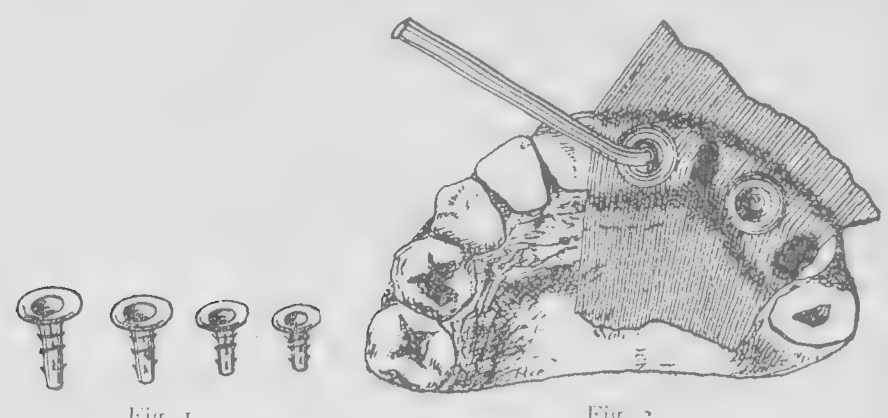


Fig. 1. Fig. 2.

à ce sujet. Elle a été publiée dans plusieurs journaux professionnels et notamment dans le *Zahnärztliches Wochenblatt* de Berlin. L'assèchement par l'air chaud nous est encore plus nécessaire pour les racines que nous tenons à utiliser pour le scellement d'un bridge ou d'une simple dent à pivot. Pour être à l'abri d'une salivation parfois abondante, vous êtes obligés de maintenir sur les gencives un tampon d'ouate, qui risque de tomber à chaque instant si vous ne le retenez pas de la main gauche. Vous travaillez dans ce cas presque d'une seule main. Or, ma méthode supprime cet inconvénient. Elle permet de poser la digue sur deux, trois ou même quatre racines, de les nettoyer et assécher tant que vous le jugez utile, de préparer et de pousser vers l'apex les ciments ou pâtes antiseptiques, sans avoir à craindre la moindre humidité.

Malgré sa simplicité, ce petit porte-digue pourra, j'en suis convaincu, rendre de très grands services. Voilà pourquoi je me suis fait à la fois un plaisir et un devoir de vous le présenter.

REVUES DES REVUES

TRAITEMENT DES DIFFORMITÉS CONSÉCUTIVES AUX FRACTURES AVEC PERTE DE SUBSTANCE DE L'ARC ANTÉRIEUR DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE PAR LA SECTION DU CAL, LA RÉDUCTION IMMÉDIATE ET LA CONTENTION A L'AIDE D'UN APPAREIL A GLISSIÈRES

M. Morestin a fait, sous ce titre à la Société de Chirurgie, *le 23 juin 1915, une communication de laquelle nous extrayons ce qui suit :*

« Il fallait un appareil permettant au chirurgien exécutant la réduction de fixer lui-même avec facilité et précision les fragments amenés au degré d'écartement voulu.

» J'en ai fait construire un qui me paraît répondre assez bien aux indications.

» C'est un appareil à glissières acoustiques prenant point d'appui sur les dents persistantes en arrière de la fracture. J'en ai eu l'idée, mais naturellement pour l'exécution il me fallait un collaborateur mécanicien. Je me suis adressé à M. Ruppe qui est un jeune chirurgien dentiste très intelligent et d'une extrême habileté manuelle. Il travaille au Val-de-Grâce dans le laboratoire de M. Frey, qui a bien voulu l'affecter à mon service. J'ai donc exposé à M. Ruppe ce que je voulais. Il a parfaitement saisi ma pensée et s'est mis à l'œuvre. Je lui avais donné des croquis, il m'a rapporté une ébauche d'appareil. Nous avons travaillé de concert, étudié ensemble les malades, modifié graduellement certains détails. Bref nous avons ensemble établi cet appareil... »

Nous sommes heureux de voir que notre confrère M. Ruppe, qui a souvent présenté à la Société d'odontologie des appareils fort ingénieux, rend de précieux services au Val-de-Grâce et nous l'en félicitons. Ce fait montre une fois de plus que le chirurgien a souvent besoin du chirurgien-dentiste pour le traitement des blessures des maxillaires et de la face et surtout des fractures des mâchoires. Avec la guerre actuelle on peut dire que cette collaboration est constante et qu'elle démontre ainsi l'utilité du chirurgien-dentiste dans toutes les formations sanitaires.

LES BLESSURES DE LA BOUCHE ET DU VISAGE EN ALLEMAGNE

Dès le début des hostilités, le prof. Römer a réussi à obtenir l'installation à Strasbourg d'un lazaret spécialement affecté aux blessures et maladies de la bouche et des dents.

Ce lazaret a un personnel de 55 personnes, qui travaillent gratuitement, sauf les femmes de ménage, qui font les gros travaux de propreté. C'est ainsi que la cuisine est faite par des femmes et des filles de professeurs.

Il est divisé en deux parties. Dans la première, une dizaine de dentistes obturent les dents des soldats et leur font des dentiers, aux frais de l'administration militaire. Les autorités allemandes partent du point de vue fort juste qu'un soldat qui souffre des dents ou dont la bouche est en mauvais état ne peut pas se nourrir comme il convient et par suite n'est pas complètement utilisable.

La seconde partie comprend deux subdivisions : la station chirurgicale, où s'effectuent les opérations, et la station prothético-chirurgicale, où sont fabriqués les appareils de prothèse destinés à remplacer les os ou les parties d'os sacrifiés par la chirurgie.

Le service est entièrement assuré par des dentistes qui se sont spécialisés.

(*Journal de Genève* du 15-16 mai 1915.)

BIBLIOGRAPHIE

A la Faculté de médecine.

M. L. Solas, chef de clinique à l'Ecole Dentaire de Paris, a passé sa thèse de Docteur en Médecine à la Faculté de Paris le 26 janvier sur le sujet suivant :

De l'orthognathie dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur par projectiles de guerre. Ce qu'elle doit à l'orthodontie.

Il a obtenu la mention très bien. Ce travail intéressant a été effectué à la clinique de stomatologie et de prothèse du Val-de-Grâce.

Nous en rendrons compte dans un prochain numéro.

Nouveaux confrères.

Nous avons reçu le premier numéro des *Annali di Odontologia*, publié à Rome, le 1er janvier 1916. Cet organe mensuel est dirigé par notre confrère M. le Prof. Angelo Chiavaro, assidu depuis plusieurs années aux réunions professionnelles internationales, notamment à la F. D. I. Au nombre de ses collaborateurs il compte MM. Anema, Amoëdo, Davenport I, Davenport W, Godon, Hayer, Jenkins, P. Martinier, Mendel-Joseph, Roy, Younger.



Nous saluons l'apparition d'un nouvel organe : le *Bulletin mensuel de la réunion dentaire militaire*, publié à Bordeaux sous la direction de M. le Prof. Cavalié, chef du service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale du centre de Bordeaux.

Nous venons de recevoir le premier numéro, daté de janvier 1916.

Nous souhaitons bonne chance à nos nouveaux confrères.

NOUVELLES

A l'ordre du régiment.

Ordre du régiment n° 174.

Conort-Justin, caporal à la C. H. R. Sur le front depuis le début de la campagne en qualité d'infirmier, puis nommé dentiste de la 14e brigade, a voulu suivre le 1er bataillon aux moments critiques des 25, 26, 27, 28 septembre et a su seconder le médecin de ce bataillon avec énergie et mépris du danger. A été placé par lui, comme observateur dans la tranchée de départ pour le renseigner sur l'endroit où tomberaient les hommes partis à l'assaut; s'est très bien acquitté de son rôle et a fait preuve du plus grand courage.

Récompense.

Nous reproduisons avec plaisir l'ordre général suivant qui confère une récompense à notre confrère Mercier, auquel nous adressons nos félicitations.

GRAND QUARTIER GÉNÉRAL DES ARMÉES DE L'EST. ETAT-MAJOR.
BUREAU DU PERSONNEL.

ORDRE GÉNÉRAL N° I. D. R. (Extrait).

Sa Majesté l'Empereur de Russie, en témoignagne de son admiration pour les hauts faits de l'Armée Française, a bien voulu honorer les auteurs d'actions d'éclat remarquables ou de faits de guerre ayant contribué au succès des opérations, en décernant exceptionnellement les décorations ci-après :

Médaille de Saint-Georges (4e classe) en argent portée sur ruban de Saint-Georges, sans nœud.

Mercier, brancardier au 25e régiment d'infanterie, n° 164.963).

Cette médaille est décernée aux caporaux, brigadiers et soldats qui se sont signalés sur les champs de bataille par des actions d'éclat ou des actes d'héroïsme,

Les noms des médaillés de Saint-Georges sont conservés au Kremlin à Moscou. Chaque insigne porte un numéro. La Médaille est portée en toutes circonstances.

Pour extrait conforme.
Au G. Q. G.. le 16 mars 1915.
Le Général Commandant en chef,
P. O. Le Lt-Colonel Chef de Bureau du Personnel
Signature illisible.

A l'Ordre de l'Armée.

2e Armée, 10e Corps d'Armée, 20e Division, 39e Brigade, 23e Régiment d'Infanterie.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE.

Le soldat de 2e classe Mercier, brancardier au 25e Régiment d'Infanterie :

« A fait l'admiration de ses chefs et de ses camarades en » allant rechercher, sans jamais se lasser, sous le feu, les blessés » de sa compagnie. »

Pour copie conforme:
Le 9 novembre 1914.
Le Lieutenant-Colonel
commandant le 25e d'Infanterie.

Au Q. G. le 10 novembre 1914,
le Général Commandant
la 2e Armée.
Signé : de Castelnau.

Nos très vives félicitations à notre confrère Mercier qui est un ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris.

Mariages.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. Maurice Jolivet avec Mlle Pauline Le Bellec, qui a été célébré le 8 février à Plestin-les-Grèves.

***

On annonce le mariage de notre confrère M. André Perthuis, de Vincennes, avec Mlle Hélène Noury, qui a été célébré le 18 janvier, à Fontenay-sous-Bois.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Déjeuner amical.

Un déjeuner amical a été offert le samedi 28 février, à midi, à l'hôtel Terminus, par le Bureau de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaire de Paris au confrère Nolin Trudeau, capitaine, chirurgien-dentiste de l'armée canadienne, de passage à Paris.

En Alsace.

Nous apprenons que notre confrère M. Guebel, caporal au 52e bataillon de chasseurs alpins, vient de gagner son galon de sergent à l'Hartmansweilerkopf.

Nous lui adressons toutes nos félicitations.

Société d'odontologie de Paris.

La séance de la Société d'odontologie que nous avons annoncée dans notre dernier numéro pour le 12 mars a eu lieu à cette date. De nombreux confrères y assistaient. Elle a été des plus intéressantes. Nous en rendrons compte dans un prochain numéro.

Société de chirurgie de Genève.

Il s'est constitué sous la dénomination de Société de chirurgie de Genève, une Association ayant pour but de contribuer aux progrès scientifique et technique de l'art dentaire et de développer entre ses membres des sentiments de bonne et amicale confraternité. La société comprend des membres actifs, passifs et honoraires. Pour être membre actif, il faut avoir le droit de pratiquer l'art dentaire dans le canton de Genève. Tout dentiste, autorisé en Suisse ou à l'étranger peut devenir membre passif.

Le président est M. Louis Guillemain, le secrétaire, M. Marc Vulliety, tous deux à Genève. Siège social : 60, rue du Stand, au domicile du président.

Renseignements sur les sociétaires, confrères et étudiants mobilisés.

Audy, médecin aide-major de 1re classe, 132e d'infanterie, 1er bataillon, secteur 33.

Berthet, ambulance 13/6, secteur postal 62.

Bacri, A. H., inf. major, hôpitaux complémentaires de Contrexeville, 1re armée.

Bouchard, infirmier, 59e d'artillerie, 178, Grande-Rue, Maisons-Alfort.

Bay, infirmier, hôpital militaire, 1re division, Perpignan (Pyrérées-Orientales).

Bennejeant, aide-major, 98e d'infanterie, 9e bataillon, secteur postal 100.

Bourgeois, caporal infirmier, Cie H. R., 37e territorial, secteur 121.

Blau (Emile,) infirmier, armée d'Orient, secteur postal 502.

Brun, Ecole dentaire de Paris.

Barège, Ecole dentaire de Paris.

Bouillant, Ecole dentaire de Paris.

Brénot, Ecole dentaire de Paris.

Beck, Ecole dentaire de Paris.

Couturier (Georges), sergent, Groupe de brancardiers, secteur postal 82.

Cecconi (Arnold), caporal infirmier, 1er bataillon, 402e d'infanterie, secteur postal 179.

Coustau, dentiste de l'ambulance 4/56, secteur 149.

Charbonnier, 352e d'infanterie, 22e Cie, secteur 84.

Curie, chirurgien-dentiste, centre hospitalier de Revigny (Meuse).

Chambrillon, Ecole dentaire de Paris.

Cellier, Ecole dentaire de Paris.

Cyboulle, Ecole dentaire de Paris.

Cazenave (Louis), infirmier, infirmerie de gare, Mont-de-Marsan (Landes).

Crépon (Théodore), 1re Réserve d'Aviation, n° 2, secteur postal 23.

Crépon (Auguste), 9e territorial, 2e compagnie, secteur postal 152.

Crépon (Edouard), 89e d'infanterie, 12e Cie, 1re section, secteur postal 10.

Deitschmann, Ecole dentaire de Paris.

Denarié, 112e territorial, 9e Cie, 3e bataillon, secteur postal 171.

Dubrac, brancardier de corps, en subsistance à la 28e division, secteur postal 90.

Dervaux (A.), ambulance 1/51, secteur postal 134.

Detroye, 4e colonial, 27e Cie, 1re section, détachement du 13e, Toulon (Var).

Davigneau, brigadier infirmier, 101e batterie de 58 mm., 11e d'artillerie, secteur postal 95.

Demeulle, dentiste du grand quartier général.

Demarchy, T. S. P. 12, Est, Secteur postal 20.

Fromaigeat, Ecole dentaire de Paris.

Fiévet, Ecole dentaire de Paris.

Fourcade, Ecole dentaire de Paris.

Forestier, centre maxillo-facial, Hôpital 7, Angers (Maine-et-Loire).

Fié (L.), sous-lieutenant, 33e territorial, 17e Cie, secteur postal 123.

Frinault, brancardier, 2e division coloniale, secteur postal 13.

Flemin, caporal, 27e territorial d'infanterie, 15e Cie, La Flèche (Sarthe).

Gauthier, dentiste, ambul. divisionnaire, 8e division de cavalerie, secteur postal 124.

Gadebled (Louis), 19e escadron du Train des équipages militaires, 21e Cie, 1re section, 14, avenue Bourgeois, Issy-les-Moulineaux.

Guillot (Louis), Ecole dentaire de Paris.

Galimard (Honoré), 16e section d'infirmiers militaires, Perpignan (Pyrénées-Orientales).

Guiche (Ch.), dentiste, 52e bataillon de chasseurs alpins, secteur 97.

Gravière, brigadier infirmier, 31e section de parc, convois automobiles, Bureau central militaire.

Houdoux, 44e territorial d'infanterie, 26e Cie, par Verdun-s-Meuse.

Housset, caporal infirmier, 260e d'infanterie, 23e Cie, 6e bataillon, secteur postal 508, armée d'Orient, par Marseille.

Isnard, Hôpital 28, Vernon (Eure).

Jacops, infirmier, sections d'hospitalisation nos 1 à 6, formation sanitaire, 1er corps colonial, secteur 11.

Jeay, Ecole dentaire de Paris.

Knodler, caporal infirmier, Ecole militaire de Rambouillet (Seine-et-Oise),

Latour, caporal infirmier, 12e section, Limoges (Hte-Vienne).

Lespinasse (Marcel), hôpital militaire, Châlons-s-Marne (Marne).

Jules Lohézic, Groupe divisionnaire de brancardiers, secteur postal 83.

Lemaire, médecin-aide major de 2e classe, blessé le 25 septembre à Souain, Champagne.

Lamare (R.), sergent, 2e section de mitrailleuses, 91e d'infanterie, sectèur 51.

Laborie, iufirmier au dépôt du 69/269 d'infanterie, St-Léger-des-Vignes (Nièvre).

Lhéritier, pharmacien aide-major de 1re classe, hôpital militaire de Laghouat (Sud-Algérien).

Lelièvre, Ecole dentaire de Paris.

Lacôme (Silvain), caporal infirmier, 76e régiment d'infanterie, secteur postal 59.

Lamoux (Eugène), sous-officier, groupe de brancardiers divisionnaires, 126e division d'infanterie, secteur postal 170.

Lefrançois, infirmier, hôpital 27, Bernay (Eure).

Lionel, 12e cuirassiers, Rambouillet (Seine-et-Oise).

Ladoux, infirmier dentiste, hôpital complémentaire no 30, Rodez (Aveyron).

Mille (Lucien). 87e division territoriale, groupe de brancardiers, secteur postal 78.

Millas, médecin-major, ambulance 5/55, secteur postal 7.

Mathieu (Paul), brancardier, 31e d'infanterie, 3e bataillon, secteur postal 10.

Morale, 11e régiment territorial d'infanterie, S. H. R., Pontanezen (Finistère).

Miégeville, pharmacien aide-major de 1re classe, hôpital de chirurgie faciale, Amiens (Somme).

Madignier, 6e régiment d'infanterie coloniale, 28e Cie, 9e escouade, camp de la Valbonne (Ain).

Molliard (Raoul), sergent, 2e section de C. O. A., convoi administratif du 2e corps, section 2.

Métrasse, infirmier, hôpital mixte, Lisieux (Calvados).

Moreau (Henry), élève aspirant, école militaire de Saint-Maixent (Deux-Sèvres).

Miégeville (René), médecin aide-major.

Mezescaze, caporal téléphoniste, 114e régiment d'infanterie, secteur postal 66.

Nicot, ambulance 1/52, secteur postal 155.

Neumann, Ecole dentaire de Paris.

Nathan Ruben, dentiste, ambulance 4/60, secteur postal 3.

Nicot (Ed.), ambulance 13/15, secteur postal 130.

Ollivier, 134e territorial, hôpital militaire, Foix (Ariège).

Obvy, Ecole dentaire de Paris.

Ollivier (J.), C. H. R., 74e territorial d'infanterie, secteur postal 71.

Pincemaille, chirurgien-dentiste, 85e d'infanterie, Cosne (Nièvre).

Pélissier, Ecole dentaire de Paris.

Plouvin, Ecole dentaire de Paris.

Poggioli, 361e d'infanterie, secteur 133.

Pegon, groupe de brancardiers, 26e division, secteur postal 101.

Pichat (L.), chirurgien-dentiste, G. B. D., secteur 41.

Pujol (Paul), infirmier, 83e d'infanterie, Saint-Gaudens (Haute-Garonne).

Pigneret (Louis), officier d'administration du service des hôpitaux militaires et gestionnaire de l'hôpital temporaire, Arc-les-Gray (Haute-Saône).

Poulet (Louis), conducteur S. S. 105-BCM, convois automobiles de Paris.

Poulet (Henri), dentiste, 236e régiment d'infanterie, infirmerie de la caserne du Château, Caen (Calvados).

Poulet (Maurice), infirmier dentiste, 256e rég. d'inf. Cie H. R., secteur postal 57.

Péronneau, sergent, dépôt de convalescents, Angoulême (Charente).

Roncin, sergent dentiste, sanatorium de Zuydcoote (Nord).

Renaut, Ecole dentaire de Paris.

Ronnet (Alfred), Ecole dentaire de Paris.

Poppe, infirmier, hôpital d'Angers.

Rouxel (Arsène), 31e d'infanterie, 27e Cie, Rubelles (Seine-et-Marne).

Rozenberg, infirmier militaire, détachement du 39e d'infanterie, Pont-Audemer (Eure).

Rhein (P.), infirmier, 5e section, hôpital 16, Compiègne.

Roche, infirmier, convoi automobile 424 TM, par Paris.

Rambaud, 117e d'infanterie, dentiste de la 16e brigade, secteur postal 69.

Robin (Lucien), ambulance de la 5e division de cavalerie, secteur postal 18.

Robin (Dr Georges), médecin-chef, ambulance 2/56, secteur postal 133.

Ruppe, hôpital militaire du Val-de-Grâce.

Sappey, brigadier infirmier, 27e dragons, secteur postal 4.

Saupiquet (Louis), caporal infirmier, 406e d'infanterie, 2e bataillon, camp d'Avord (Cher).

Segal, 355e d'infanterie, secteur postal 153.

Sauvanet (Henri), caporal, ambulance 2/155, division 123, secteur postal 174.

Séron (Emile), lieutenant, 316e d'infanterie, prisonnier de guerre, Camp Brückenkopf, Groupe 22, Torgau an der Elbe.

Solas, médecin auxiliaire, 76e d'infanterie, Rodez (Aveyron).

Salas (Fernand), sous-officier dentiste, 66e division, secteur postal 141.

Smadja (F.), infirmier major, hôpital Marceau, Toul.

Sosson, Ecole dentaire de Paris.

Saguet, infirmier, dépôt du 48e territorial, Chantapie (Ille-et-Vilaine).

Tanguy, caporal infirmier, 86e territorial, Pont-l'Abbé (Finistère).

Tariote, 33e régiment territorial d'infanterie, caserne Gémeau, infirmerie, Sens (Yonne).

Tireau, Ecole dentaire de Paris.

Tanguy, 86e régiment territorial d'infanterie, Pont-l'Abbé (Finistère).

Varlet, Ecole dentaire de Paris.

Vertadier, infirmier, hôpital d'Angers.

Vialat (Jacques), hôpital Fénelon, Bar-le-Duc.

Williams, dentiste, 219e d'infanterie, 61e division, secteur 87.

Wirth, Ecole dentaire de Paris.

Waffler, Ecole dentaire de Paris.

Zamkoff, 11e section d'infirmiers, Dépôt des orphelins, Nantes.

Zimmermann, maréchal-des-logis, 2e batterie, groupe territorial, 4e régiment d'artillerie lourde, secteur postal 171.

Ziégler, infirmerie du dépôt du 51e d'infanterie, Lambizelle (Finistère).

36e ANNÉE. N° 4. 30 AVRIL 1916 Vol. LIV

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LA NÉCESSITÉ DES SOINS DENTAIRES DANS L'ARMÉE; QUINZE MOIS D'EXPÉRIENCE

Par Georges Villain,
Chef du service technique au Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris.

(Communication à la Société d'Odontologie, 14 novembre 1915).

Après les brillantes communications que vous venez d'entendre et se rapportant toutes à nos glorieux blessés, je ne voudrais pas abuser de vos instants. Je tiens simplement à vous montrer par des chiffres l'étendue insoupçonnée de l'action du chirurgien-dentiste pendant la guerre.

Laissant de côté le traitement des blessés, qui vient de vous être exposé, je voudrais que, dès notre première réunion, il fût dit quelques mots sur les autres services que nous pouvons rendre au pays et à l'armée, services dont la plupart d'entre nous ne se font pas une idée juste.

Obturer des dents, confectionner des appareils de mastication, voilà une tâche qui semble à beaucoup de confrères indigne d'eux, alors que de si nombreux cas de prothèse, de restauration maxillo-faciale flattent leurs connaissances ou leur désir d'obtenir un beau résultat.

Cependant le pays a besoin de tous nos efforts, il n'est aucune besogne professionnelle qui ne lui soit largement profitable.

Comme il y a une chirurgie de guerre, il y a la dentisterie de guerre; nos traitements doivent être rapides et nos méthodes habituelles doivent de ce fait subir quelques accrocs, nos conceptions prothétiques doivent se réduire à des méthodes de production intensive et peu coûteuse. Il faut

ici pénétrer le plus que nous pourrons dans le domaine des réalisations pratiques.

Je résume ainsi les besoins dentaires de l'armée pendant la guerre :

1° Traitements d'urgence;

2° Traitements curatifs ;

3° Traitements préventifs;

4° Traitements des blessés.

Les *Traitements d'urgence* doivent être exécutables en tout lieu, à toute heure, mais c'est au front, aux premières lignes, qu'ils trouvent leur application principale.

Les *Traitements curatifs* se divisent en :

A. Traitements complets des affections dentaires ; ils se font aux armées (division) comme à l'intérieur (garnison).

B. Traitement prothétique des *inaptes* ou *éclopés dentaires* et gastro-entéritiques d'origines dentaires par l'application d'appareils de prothèse simple : *prothèse fonctionnelle.* Ces soins doivent être donnés à l'arrière dans des centres spéciaux.

Les *Traitements préventifs* comprennent :

A. La mise en état de la bouche des hommes avant leur départ pour la zone des armées, dans les dépôts et les cabinets dentaires de garnison ;

B. L'application d'appareils de prothèse fonctionnelle (pré-inaptes) chez les édentés présentant un faible cœfficient de mastication susceptible de provoquer des troubles gastro-entéritiques après un séjour au front variant de 2 à 12 mois. La nourriture des hommes en campagne nécessite un bon cœfficient de mastication, car au front elle est presque exclusivement carnée et les édentés aux armées appartiennent en grande majorité (80 à 90 0/0) aux populations agricoles, alors que dans maintes provinces l'alimentation habituelle est presque totalement végétale. (J'ai noté, lors d'un séjour relativement récent, que dans les hameaux du Morvan chaque famille tuait un porc dans l'année et en tirait la totalité de son alimentation carnée).

Les centres de prothèse fonctionnelle préventive devraient

exister aux armées dans la zone des étapes, ils se confondraient à l'arrière avec ceux de prothèse pour inaptes.

4° *Traitements des blessés.* — J'ai dit que je n'en parlerais pas, un mot seulement pour indiquer qu'ils doivent se faire :

A. Aux armées, dans la zone des étapes, pour les traitements simples et de courte durée ;

B. A l'intérieur, dans des centres spéciaux, pour les traitements de longue durée nécessitant des appareils délicats ou une grande surveillance (orthognatie et prothèse restauratrice définitive).

Ce plan d'organisation a été réalisé en réduction à l'Ecole Dentaire de Paris, par la concentration dans son immeuble de ces différents services ; leur fonctionnement, depuis le début des hostilités, a été des plus satisfaisants et a rencontré l'approbation unanime. Il serait bon de voir cette organisation s'étendre à toute l'armée.

Aux hommes de troupe de la rive droite de Paris (traitement des blessés non compris) l'école livre actuellement chaque mois plus de 500 appareils pour inaptes (traitement curatif) ; pour le traitement préventif (pré-inaptes) récemment institué) plus de 200 appareils par mois sont fournis et le nombre des interventions dentaires (traitements curatifs et préventifs) s'éléve mensuellement de 12.000 à 15.000 [1].

Cette organisation généralisée permettrait au pays de récupérer plus de 200.000 hommes et économiserait plus de 200.000.000 de francs pour chaque année de guerre, par suppression du coût d'entretien des hommes non utilisés, ainsi que par réduction du nombre des pensions de réforme aux mutilés du maxillaire et de la face, que la prothèse maxillo-faciale est susceptible de guérir ou d'améliorer (déduction faite des frais d'installation, d'entretien, de fournitures, d'amortissement, de solde et d'entretien des chi-

1. Les chiffres suivants indiquent éloquemment les services rendus par l'École dentaire de Paris. Les opérations exécutées par elle depuis le début de la guerre jusqu'à mars 1916 s'élèvent, suivant une progression imposante à 102.741 interventions, pratiquées en 60.282 visites. Plus de 7.000 militaires ont été complètement traités. Les interventions se décomposent en 97.031 opérations diverses; 5.710 appareils représentant le remplacement de plus de 40.000 dents.

rurgiens-dentistes et des mécaniciens-dentistes mobilisés).

Tous vous avez contribué, dans la mesure de vos moyens, à démontrer l'utilité du chirurgien-dentiste à l'armée.

Avant que les services dentaires soient officiellement organisés, l'initiative privée des écoles dentaires y avait suppléé pour les blessés à Paris, Lyon, Bordeaux, Nancy, Lille. Les chirurgiens-dentistes, dans les grands centres de province: Rouen, Angers, Marseille, etc., avaient organisé des services spéciaux pour les blessés de la face. Certains chirurgiens-dentistes mirent leur cabinet et leur temps à la disposition des autorités militaires dans presque toutes les villes de garnison, d'autres organisèrent des services dentaires dans les hôpitaux auxiliaires.

A l'armée, partout où il se trouve, le chirurgien-dentiste, appelé comme simple soldat, emporte avec lui (en surcroît de son paquetage) ses propres instruments qu'il renouvelle à ses frais s'il les perd dans une retraite ou un bombardement ; mitrailleur, canonnier, veilleur ou garde de voies, le chirurgien-dentiste remplit sa mission militaire et, sur ses heures de repos, il prend le temps nécessaire au soulagement de ses camarades.

Mais, partout, l'initiative individuelle est soumise à la *tolérance* des autorités militaires ou des chefs de corps, en sorte que si ici l'initiative du chef la seconde, là elle l'anihile, ailleurs elle la supprime.

Persévérons néanmoins ; nos meilleurs arguments, nous les trouverons dans les innombrables services que nous rendons journellement ; puissent-ils bientôt, dans l'intérêt national, faire aboutir une des principales revendications professionnelles : l'utilisation des chirurgiens-dentistes dans nos armées par l'ORGANISATION dentaire complète et autonome que nous réclamons depuis tant d'années [1].

---

1. Le plan d'orgnisation et les chiffres fournis dans cet exposé ont servi de base à l'élaboration du rapport Georges Villain soumis par le groupement de l'Ecole dentaire de Paris, avec l'approbation de la Fédération Dentaire Nationale, à M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé de l'armée, le 9 septembre 1915.

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face

(Suite.)

Par MM.

Maurice Roy,
Président et chef du service clinique du Comité.

Paul Martinier,
Chef du service technique du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

Parmi les forces intermittentes que nous employons, le *Vérin* ou *Vis de Jack* est une des plus usitées. Nous recourons à ce procédé dans tous les cas où nous avons une

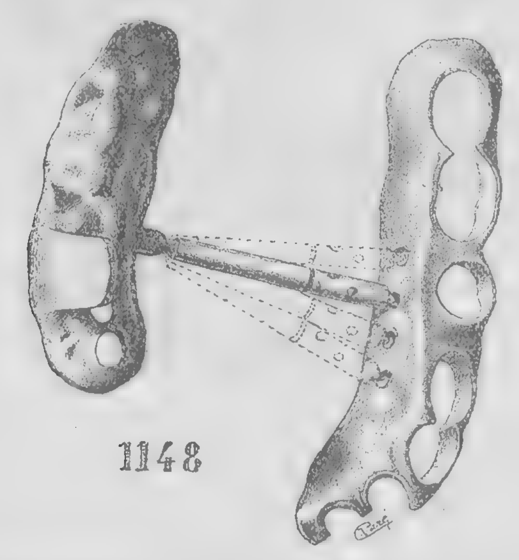


Fig. 20. — Appareil de réduction lente, force intermittente au moyen d'un vérin pour fracture du maxillaire inférieur avec perte de substance de la partie antérieure. (Voir description, p. 103.)

grosse résistance à vaincre, lorsque des fragments déviés sont en partie consolidés ou solidement fixés par des brides fibreuses. Dans ces cas, il faut, surtout au début, une action assez puissante et les ressorts en fil de piano ou les caoutchoucs sont insuffisants pour le *démarrage*. Par contre, si le vérin agit plus puissamment au dé-

but, il se desserre très facilement et nécessite une surveillance incessante et celle-ci n'empêche pas toujours cet inconvénient de se produire.

Les vérins sont montés sur des gouttières métalliques mais ils ne doivent pas être fixés sur celles-ci d'une façon rigide, car les forces à exercer ne sont pas en général des forces absolument rectilignes et il faut que le vérin puisse suivre le déplacement des points d'appui.

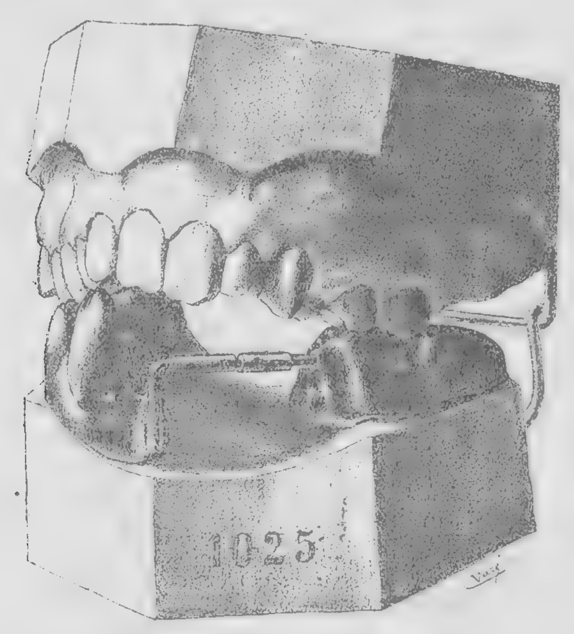


Fig. 21. — Appareil de réduction lente, force intermittente au moyen d'un vérin pour réduction de fragments réunis par une bride fibreuse très résistante. (Voir description p. 102.)

Dans la figure 21, on peut voir que le vérin a l'une de ses extrémités logée dans un tube horizontal sur le fragment gauche tandis que l'autre extrémité, qui s'appuie sur la gouttière du fragment droit, est recourbée à angle droit et introduite dans un tube vertical où elle peut tourner et suivre ainsi l'évolution du fragment au cours du redressement. Le vérin à bout de course peut être changé facilement s'il en est besoin [1]

1. Les blessés *D*... *N°* 1148 et *F*... *N°* 1025 ont été soignés au Comité par M. WIRTH.

Dans la figure 20 où il s'agissait de faire une réduction pour une perte de substance de la partie antérieure du maxillaire inférieur. le vérin est rattaché à la gouttière de droite par une sorte d'articulation à charnière très libre et va se fixer sur la face linguale de la gouttière gauche dans l'une ou l'autre des petites cupules qui y ont été creusées, suivant le sens de la force que l'on veut employer. On remarquera sur ce dessin que la gouttière droite porte une ailette qui est destinée, avec une ailette correspondante placée à la mâchoire supérieure à immobiliser le fragment droit qui est en bonne position et à faire porter tout l'effort uniquement sur le fragment gauche.

Nous avons employé le vérin, entre autres cas, chez le tirailleur sénégalais *S., N° 228* que je vous présente maintenant [1].

Blessé par une balle qui, après l'avoir atteint à l'épaule gauche, a traversé la branche montante gauche de la mâchoire inférieure et est ressortie au niveau de la joue droite, Safou avait des lésions multiples des mâchoires qui étaient au début d'un diagnostic assez difficile en raison de certaines particularités que nous allons vous signaler et qui étaient compliquées encore par la difficulté d'ouverture de la bouche, la paralysie faciale qu'il présentait et un énorme œdème de la joue gauche dont vous pouvez juger de l'importance par la photographie prise à son entrée au comité (fig. 22).

Ce blessé avait à ce moment une plaie profonde de la joue gauche avec destruction de l'angle de la mâchoire et d'une partie de la branche horizontale et de la branche montante correspondante (fig. 23) et il présentait de ce fait une grande déviation de la mandibule du côté gauche qui mettait la face vestibulaire de la 2° prémolaire gauche en rapport avec la face palatine de la 1re grosse molaire supérieure du même côté.

La 3e molaire gauche, seule des dents inférieures manquait. Ce malade présentait une suppuration abondante par la plaie de la joue et par la bouche au niveau de la 2e grosse

---

1. Le tirailleur sénégalais *S... N°* 228 a été soigné au Comité par M. Varlet.

molaire mobile qui bordait le trait de fracture à la partie antérieure ; quelques jours après son entrée au comité, nous lui avons enlevé cette dent et un gros séquestre comprenant toute la portion correspondante du maxillaire ce qui a très rapidement amélioré son état au point de vue de la suppuration.

A la mâchoire supérieure, on constatait la disparition des 2e et 3e molaires gauches, une assez grosse tuméfaction de la voûte palatine du même côté et enfin une perforation de



Fig. 22. — Le tirailleur sénégalais *S*... *N*° 228 à son entrée au Comité.

cette voûte un peu à droite de la ligne médiane et au droit des 1res grosses molaires ; la parabole de la mâchoire supérieure paraissait absolument normale et il ne semblait pas y avoir d'autres lésions. Cependant lorsque l'on eut pris des empreintes de la bouche et que l'on voulut articuler les moulages supérieur et inférieur en position normale, on s'aperçut qu'il existait une disproportion très notable entre la parabole inférieure et la parabole supérieure et que celle-ci débordait l'inférieure de toute l'épaisseur des grosses molaires. Cette constatation nous amena à examiner plus à fond le maxillaire supérieur et nous permit de voir

que, en outre des lésions que nous y avions constatées tout d'abord, il y avait, au niveau de cet os, une fracture médiane antéro-postérieure passant entre les incisives centrales avec déplacement régulier des deux massifs maxillaires droit et gauche par ouverture de la parabole ; il y avait également un trait de fracture vertical entre la canine et la 1re prémolaire gauche (fig. 23).

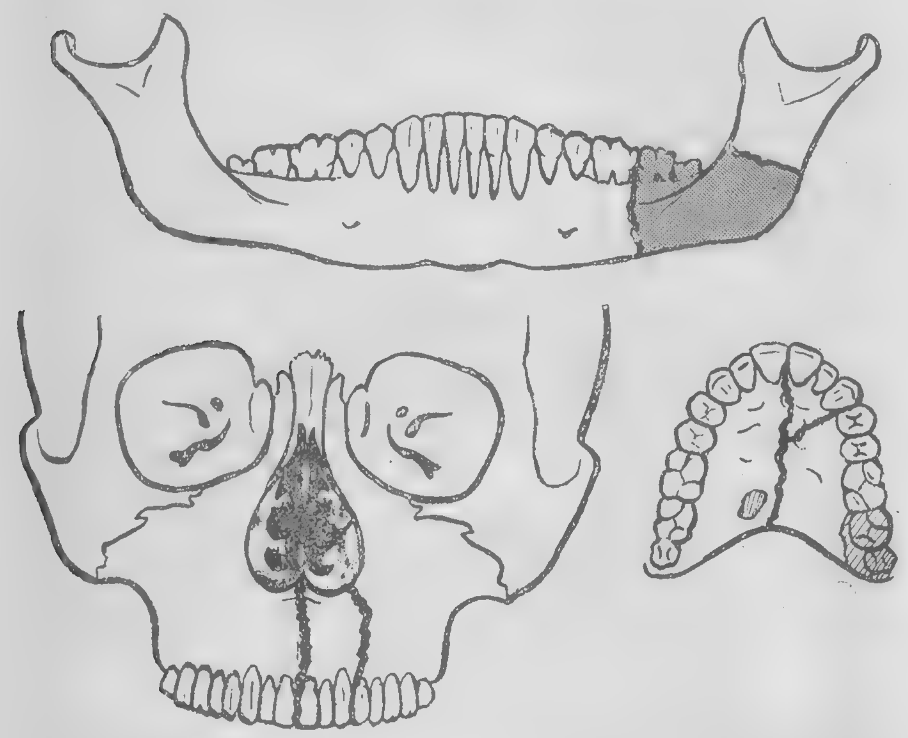


Fig 23. — Schéma représentant les traits de fracture et les pertes de substance osseuse du tirailleur sénégalais *S... N°* 228.

La régularité du déplacement dont vous pouvez juger par les moulages que nous vous présentons (fig. 24 et 26) et une consolidation déjà assez avancée de la fracture nous avaient empêché de remarquer l'existence de ces lésions avant la prise des empreintes et le rapprochement de celles-ci.

Il y avait un grand intérêt, malgré sa consolidation partielle, à ce que la fracture de la mâchoire supérieure fut réduite si possible en bonne position car nous étions sans cela dans l'impossibilité de réduire correctement la mâchoire in-

férieure fortement déviée à gauche puisque nous ne pouvions plus lui donner un engrènement satisfaisant avec la mâchoire opposée.

On confectionna donc sur chacune des moitiés de la mâchoire supérieure une gouttière emboîtant complètement

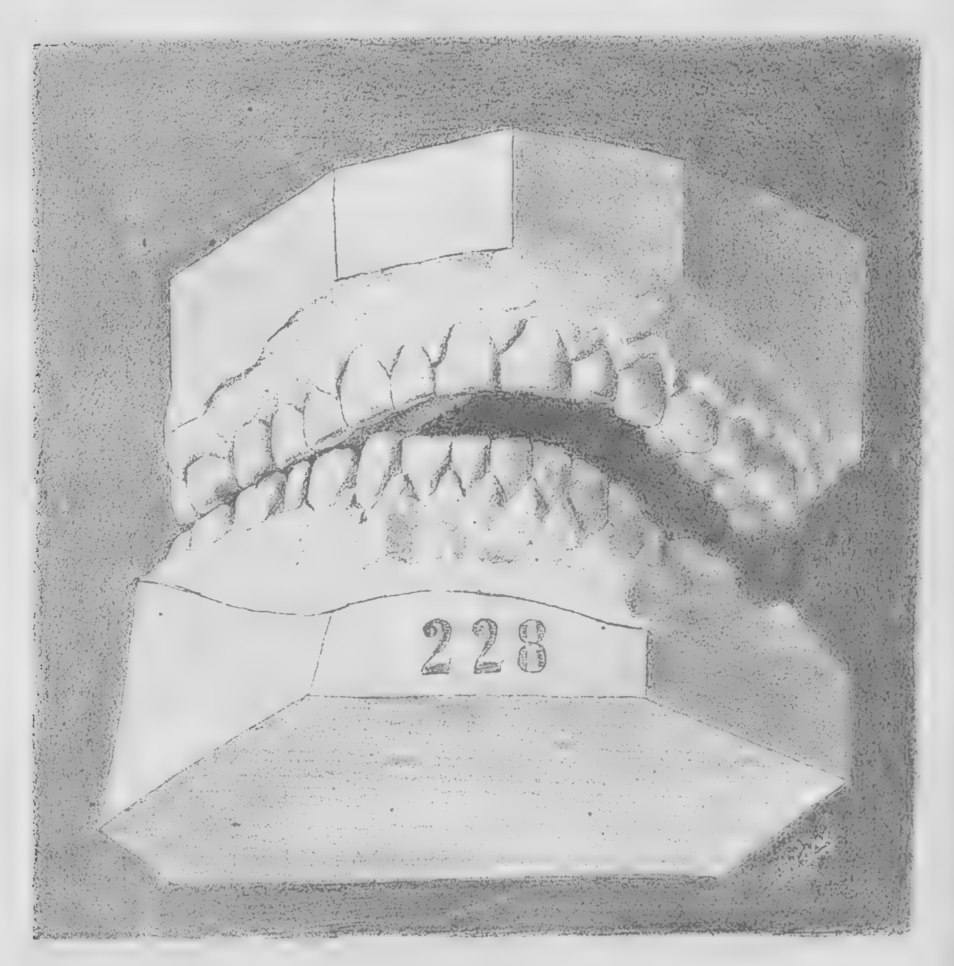


Fig. 24. — Moulages des mâchoires du tirailleur sénégalais *S... N° 228* à son entrée au Comité montrant les rapports anormaux de celles-ci et la dilatation considérable de la parabole de la mâchoire supérieure.

les dents et une partie de la voûte palatine et on souda sur la face palatine de ces gouttières une série de boutons parallèlement à la direction du trait de fracture médian (la fracture entre la canine et la 1re prémolaire gauche n'avait pas besoin de réduction). Ces gouttières étant scellées

on réunit les boutons des deux gouttières opposées par une série de ligatures en fil de laiton qui, tordues ensuite sur elles-mêmes, formaient une sorte de cabestan, tendant à rapprocher les deux maxillaires supérieurs en faisant prédominer l'action vers la partie postérieure; mais nous fûmes obligés de reconnaître au bout de quelque temps que cette force, qui nous avait donné de bons résultats dans des cas analogues de fractures plus récentes, se trouvait insuffisante,

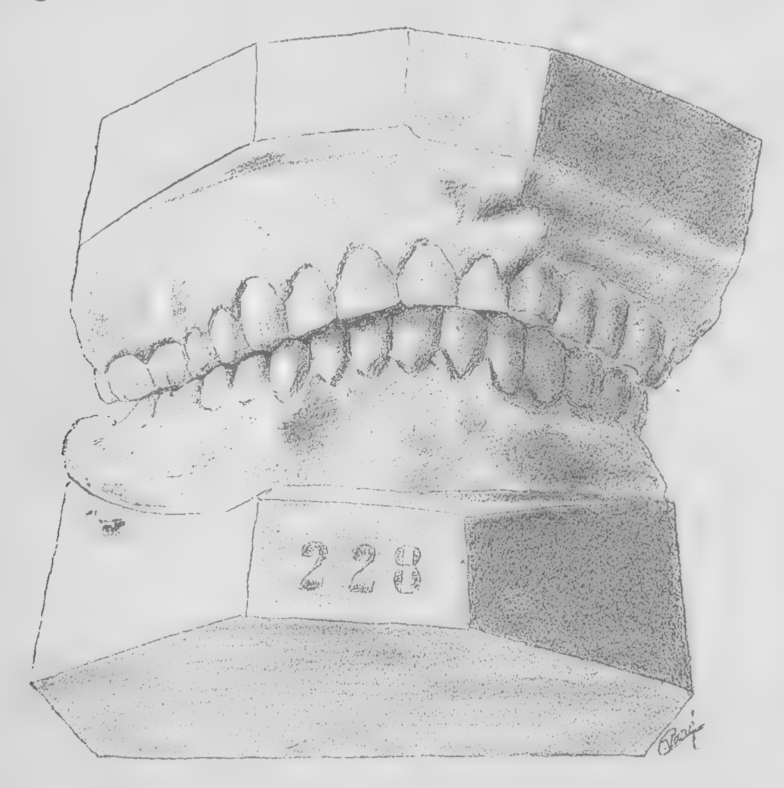


Fig. 25. — Le même que la figure 24 après réduction de la fracture de la mâchoire supérieure, à l'aide d'un vérin placé à la partie palatine, et de la déviation de la mâchoire inférieure au moyen de l'ancrage intermaxillaire. (Voir description p. 106.)

On fixa donc à ces gouttières, en travers du palais, un vérin placé au centre d'action du mouvement à effectuer et dont le serrage avait pour effet de rapprocher les deux moitiés de la mâchoire supérieure. D'autre part on avait placé sur la face vestibulaire des gouttières une série de crochets qui nous permirent de faire en même temps la traction

inter-maxillaire pour réduire la déviation à gauche de la mâchoire inférieure sur laquelle nous avions placé une gouttière avec crochets correspondants comme dans les cas que je vous ai signalés tout à l'heure.

Le résultat fut des plus satisfaisants ; comme vous pouvez le voir par la comparaison des modèles représentés figures 24, 25 et 26. Malgré la consolidation très avancée de la

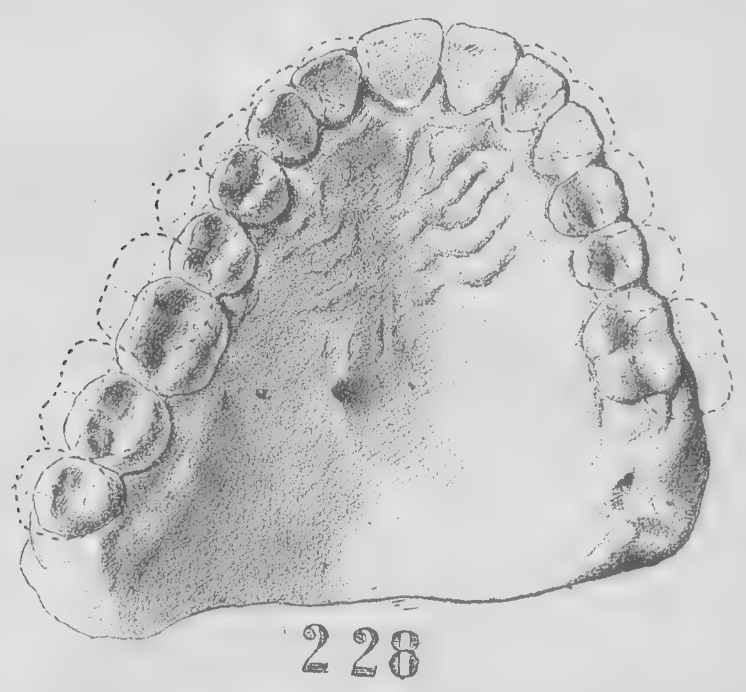


Fig. 26. — Moulage de la mâchoire supérieure du tirailleur S... *N°* 228 après réduction au moyen d'un vérin placé sur deux demi-gouttières fixées sur chacune des deux moitiés de cette mâchoire. Le pointillé extérieur représente la projection du moulage primitif sur le moulage après réduction de la fracture et permet de se rendre compte de la forme régulière qu'affectait l'arcade dentaire à ce moment, la parabole étant simplement ouverte sur la ligne médiane. (Voir également les figures 24 et 25.)

fracture supérieure nous avons pu obtenir la réduction complète de celle-ci et, la déviation du maxillaire inférieur étant corrigée, l'engrènement des deux mâchoires est tout à fait normal. Nous avons alors placé des appareils de contention que vous voyez actuellement en place et qui sont formés, en haut, d'une gouttière métallique en argent coulé emboîtant toutes les dents et une portion du bord

alvéolaire et en bas, d'une gouttière munie du côté droit d'une ailette métallique correspondant à une ailette analogue fixée à la gouttière supérieure pour empêcher la déviation de la mâchoire inférieure du côté gauche. Ces deux gouttières sont scellées.

Ce brave S... s'alimente maintenant de façon convenable et comme vous pouvez le voir son énorme œdème de la joue a disparu grâce aux massages qui lui ont été pratiqués.

*
* *

Voici maintenant un autre cas intéressant d'emploi de vis pour réduction de fragment, c'est celui du lieutenant *C... N° 150* qui, à son entrée au Comité, présentait une fracture

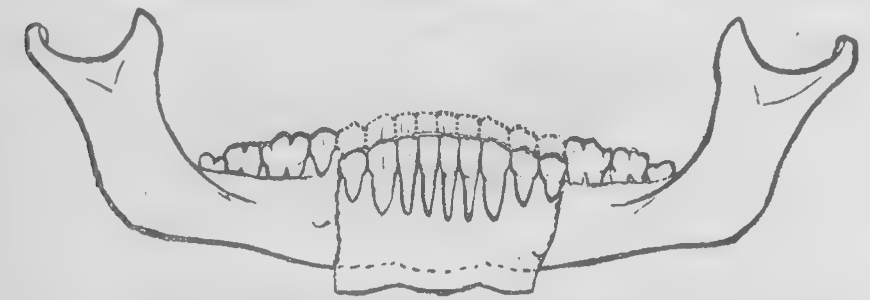


Fig. 27. — Le lieutenant C... *N°* 150, schéma montrant les traits de fracture et l'abaissement du fragment médian.

double de la mâchoire inférieure[1]. De ces deux fractures, l'une, à gauche entre la 2e prémolaire et la 1re grosse molaire, était complétement consolidée en position vicieuse et l'autre, à droite entre la canine et la 1re prémolaire, était en grande partie consolidée, en position vicieuse également, le fragment antérieur était abaissé avec une différence de niveau de trois millimètres avec le fragment droit ce qui supprimait toute occlusion des dents et compliquait encore la modification de courbure de la mâchoire due à la consolidation vicieuse du côté gauche (fig. 27).

Nous sommes parvenus à réduire ce déplacement en hauteur, un des plus difficiles à obtenir, au moyen de l'appareil que je vous présente (fig. 28) et qui est formé d'une gout-

1. Le lieutenant C... *N°* 150 a été soigné au Comité par M. Teisset.

tière en argent coulé recouvrant tout le fragment antérieur et latéral gauche. L'extrémité antérieure de la gouttière comporte un prolongement recouvrant l'extrémité d'une seconde gouttière fixée sur le fragment droit ; ce prolongement métallique est perforé et taraudé à sa partie centrale pour livrer passage à une vis destinée à exercer une pres-

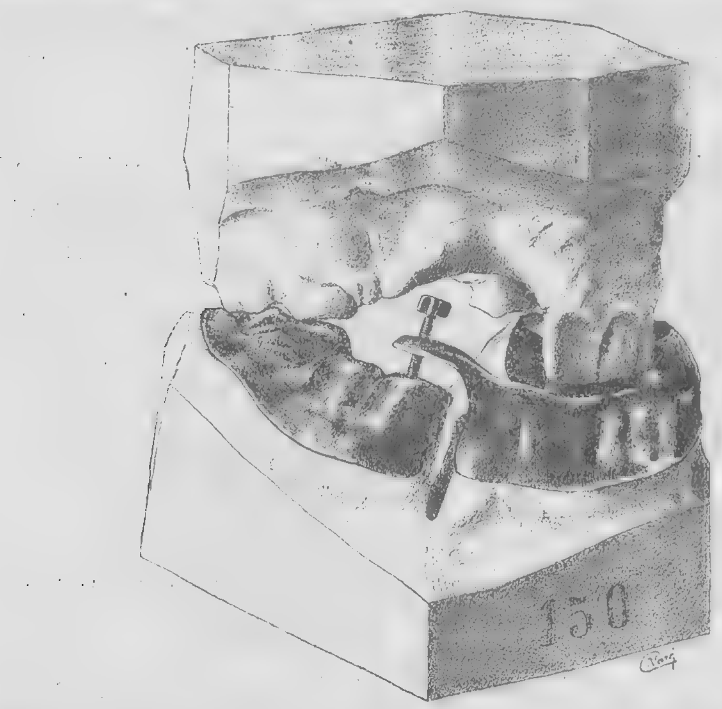


Fig. 28. — Le lieutenant C... N° 150. Appareil de réduction lente, force intermittente pour réduction de la fracture représentée fig. 27 et qui était consolidée vicieusement à gauche et presque consolidée à droite ; la vis, qui passe dans un trou taraudé dans le prolongement de la gouttière gauche, s'appuie sur la gouttière droite ; elle tend à abaisser le fragment droit et à élever le fragment gauche.

sion verticale sur la gouttière du fragment droit. Les deux gouttières étant scellées très solidement, la vis a été serrée progressivement.

Au bout de trois semaines la réduction était obtenue et l'occlusion est maintenant aussi satisfaisante que le permet la consolidation vicieuse, antérieure à notre intervention, de la fracture du côté gauche. On a placé au lieutenant C... une gouttière de contention qui immobilise les fragments dans la position obtenue. *(A suivre).*

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance de démonstrations du 12 mars 1916.

Présidence de M. Jeay, président.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2.

I. Allocution du président.

Messieurs et chers confrères,

Avant de donner la parole aux confrères inscrits à l'ordre du jour, je tiens à les remercier de leur empressement à venir nous apporter leur précieux concours.

Au cours de ces derniers mois le même mot d'ordre a, en effet, couru dans toutes les sociétés scientifiques ou professionnelles : redonner le plus possible au pays toute l'activité de sa vie économique.

A des sociétés comme la nôtre, qui concourent directement à la Défense Nationale, soit en améliorant le sort de nos glorieux mutilés de la face et des maxillaires, soit en rendant aux armées de nombreux édentés inaptes par ce fait à faire campagne, il incombe de reprendre toute leur activité en réservant le plus large accueil aux communications qui peuvent être faites à ce sujet.

Aussi suis-je heureux et très fier de présider la Société d'Odontologie de Paris pour vous expliquer le but que nous poursuivons. A l'heure actuelle une quinzaine de centres de prothèse maxillo-faciale et environ 26 services pour les édentés inaptes à faire campagne fonctionnent dans la zone de l'intérieur et de nombreux centres semblables sont déjà organisés ou sur le point de l'être dans la zone des armées.

C'est par l'initiative individuelle de tous nos confrères qui se sont efforcés de faire apprécier leurs soins donnés bénévolement aux soldats, c'est aussi grâce à l'initiative du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, de la Fédération dentaire nationale, et en particulier de son président, M. Blatter, c'est grâce enfin à l'activité déployée par nos Ecoles dans leurs Dispensaires militaires que nous sommes arrivés à obtenir les décrets qui organisent les services dentaires dans l'Armée et la Marine et qui font une situation officielle aux dentistes militaires.

Notre utilité de spécialistes dans l'armée est donc aujourd'hui un fait démontré.

Voilà bien des mois qu'un bon nombre d'entre nous travaillent, cherchent, combinent des idées et des méthodes nouvelles pour améliorer la vie de nos glorieux blessés. Demain, un grand nombre d'entre nous vont être chargés de l'organisation de nouveaux services ou vont au moins être appelés à une active collaboration dans ceux-ci. Un devoir impérieux incombe donc à ceux qui fonctionnent depuis le début : montrer la voie aux nouveaux élus, leur éviter tous les tâtonnements d'un début et leur faire connaître les méthodes dûment établies maintenant.

Je vous ai dit toute ma fierté et toute ma gratitude de me trouver à pareils moments le président d'une des plus importantes de nos sociétés professionnelles. J'ai pleine conscience de la tâche qui m'incombe ; aussi dois-je vous affirmer dès aujourd'hui tout le souci et toute la persévérance que j'apporterai à demander à chacun de nous de donner le meilleur de soi-même.

Dans sa dernière séance notre Société d'odontologie a eu la bonne fortune de réunir les principaux chefs des centres de Paris et de Lyon, je veux parler de nos confrères Frey, Pont, Roy, Martinier et Villain. Aujourd'hui j'ai encore le bonheur de pouvoir vous amener, en outre, nos confrères de l'Hôpital Américain, qui ont été de leur côté de rudes et habiles travailleurs. Mon but se dessine donc : vous inviter à nous exposer toutes vos méthodes et vos procédés nouveaux, les discuter ensemble et, ensuite, leur donner la vulgarisation, la publicité la plus large pour coordonner tous nos efforts et éviter à nos nouveaux collaborateurs les tâtonnements d'un début et faire bénéficier de tous les progrès de notre art ceux envers qui, en une époque tragique, la civilisation contracte la plus formidable dette que l'Histoire ait jamais enregistrée, ceux vers qui doivent se tendre toutes nos pensées.

Avant de donner la parole à nos confrères inscrits à l'ordre du jour, je puis vous annoncer notre prochaine séance pour le dimanche 9 avril.

Maintenant, Messieurs, pour pouvoir épuiser complètement un ordre du jour un peu chargé et ne pas abuser de la patience de braves blessés qui sont dans l'obligation de regagner de bonne heure leurs hôpitaux respectifs, je demande à nos orateurs la permission de diviser notre séance en deux parties. Je prie chacun de vous d'exposer d'abord, sans aucune discussion, en un maximum de 20 à 25 minutes toutes les généralités, tout l'ensemble de leurs communications.

Puis, dans une seconde partie, de nous présenter enfin ses malades et ses appareils dans les petits stands qui sont désignés

en donnant alors à nos confrères tous les renseignements complémentaires que ceux-ci demanderont.

La parole est à notre confrère M. Hayes qui représente le service dentaire de l'Ambulance Américaine.

II. PRÉSENTATION DE BLESSÉS, DE MODÈLES, DE PHOTOGRAPHIES ET DE RADIOGRAPHIES DE L'AMBULANCE AMÉRICAINE, PAR M. HAYES.

M. Hayes remercie l'assemblée, donne des explications générales sur l'ensemble des travaux de l'Ambulance Américaine, où il est chef de service, et présente trois malades principalement intéressants.

Dans la seconde partie de la séance, M. Hayes, avec le concours de MM. Choquet, Darcissac et Davenport, présente toute une série de malades, de moulages et d'appareils.

(Le texte de ces présentations sera ultérieurement publié).

III. TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DES FRACTURES ET DES LUXATIONS DE LA MANDIBULE. BIELLE INTER-MAXILLAIRE EXTENSIBLE OU RÉDUCTIBLE (APPAREIL MIXTE DE RÉDUCTION ET DE CONTENTION DES FRACTURES DES MAXILLAIRES). ARTICULATEUR INTER-MAXILLAIRE. (PSEUDO ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE). PRÉSENTATION D'APPAREILS ET DE MALADES, PAR M. G. VILLAIN.

M. Georges Villain donne lecture d'une communication sur ce sujet et ajoute de nombreuses explications complémentaires au cours de sa lecture. (Sa communication sera ultérieurement publiée).

M. le président — Nous remercions M. Villain de sa très intéressante communication. Il nous présentera tout à l'heure ses modèles et ses malades.

Je donne maintenant la parole à M. Roy pour la communication inscrite sur notre ordre du jour à son nom et à celui de M. Martinier.

IV. DÉBRIDEMENTS CICATRICIELS AVEC POSE IMMÉDIATE D'APPAREILS, PAR M. ROY ET P. MARTINIER.

M. Roy donne lecture de cette communication (sera publiée).

M. le président — Nous adressons nos remerciements à M. Roy, qui vient de nous exposer toutes les généralités de la communication qu'il avait à nous faire aujourd'hui.

Je donne maintenant la parole à M. Frey.

V. PRÉSENTATION DE MALADES, PAR M. LE Dr FREY.

M. le Dr Frey, chef du service de stomatologie au Val-de-Grâce, et ses assistants présentent une série de malades (Le texte de la communication sera publié).

***

Dans la seconde partie de la séance, M. le président invite les précédents orateurs à occuper les différents emplacements qui leur ont été réservés pour présenter tous leurs malades, modèles et appareils et donner aux assistants toutes les explications que ceux-ci croiront devoir leur demander.

La séance est levée à midi.

Réunion dentaire militaire du centre stomatologique de Bordeaux.

Séance du 14 janvier 1916.

Le Centre stomatologique de Bordeaux a tenu, à 8 h. 1/2 du soir, une réunion au petit amphithéâtre de la Faculté-hôpital Saint-André.

Le professeur Cavalié, chef du service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale du centre de Bordeaux, promoteur de cette réunion, après avoir lu une lettre du Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux, s'excusant de ne pouvoir assister à cette première manifestation de la science dentaire et formant des vœux pour la réussite de ses projets, prononce une allocution, dans laquelle il définit le programme futur de nos réunions.

Grâce à ces échanges de vues, aux nombreuses et intéressantes observations et statistiques qui seront présentées, ces réunions auront un intérêt aussi bien pour les auditeurs et la profession que pour nos blessés.

Il fait ressortir les services que rendent ses collaborateurs chirurgiens-dentistes qui l'entourent et le secondent dans la lourde tâche du traitement prothétique maxillaire et dentaire des blessés de guerre.

1° *Déviations paradoxales* dans les constrictions traumatiques de la mâchoire inférieure.

MM. Cavalié et *Ferrand* décrivent une des positions anormales que prend le maxillaire inférieur dans les constrictions des mâchoires. Les déviations dans ces cas sont toujours opposées au côté blessé.

2° *Fistule du canal de Sténon.*

M. Brigiotti présente un cas intéressant de fistule du canal de Sténon, chez un malade du service de stomatologie traité dans le service du professeur Dubreuil. Le buste en plâtre montre amplement l'état de la lésion à l'arrivée du blessé dans le service.

L'auteur décrit les principales interventions qui ont été faites pour arriver à la guérison complète de la lésion et principalement le procédé employé par M. Dubreuil pour la cure radicale de la paroi du canal de Sténon.

3e *Chirurgie d'urgence dans un cas de fracture comminutive des maxillaires supérieurs.*

M. Dumolt présente une observation, avec le buste en plâtre du blessé, sur la réfection de la lèvre supérieure complètement détachée et l'application simultanée d'appareils pour une fracture comminutive transversale, compliquée non classique des maxillaires supérieurs déterminée par le trajet d'une balle. Le traitement chirurgical et prothétique a donné les meilleurs résultats.

4o *Observations sur l'application des gouttières dans la bouche.*

MM. Mousis et *Duchange* soumettent quelques observations sur la confection et l'adaptation en bouche de gouttières pour le traitement de fractures des maxillaires.

5o *Sur le service des militaires édentés inaptes.*

M. Baril indique le nombre élevé des édentés inaptes rendus aptes au service armé par la délivrance d'appareils dentaires de mastication.

6o *Exposé de la méthode générale des trois temps, pour le traitement des fractures du maxillaire inférieur.*

Le professeur Cavalié indique que jusqu'à la guerre on s'est surtout préoccupé du problème du maintien des fractures des maxillaires. Il y avait lieu également de résoudre le problème de la réduction devenue nécessaire en raison de l'étendue des lésions par projectiles de guerre, et en raison de l'ancienneté des fractures non traitées. Après de nombreuses recherches, l'auteur a édifié une méthode générale anatomo-clinique, dite des trois temps.

Premier temps : Réfection de l'arc mandibulaire, soit par intervention chirurgicale, soit par application d'appareils prothétiques spéciaux, soit enfin par l'emploi simultané mixte d'intervention chirurgicale et d'appareils prothétiques.

Deuxième temps : Orientation de l'arc par procédés chirurgicaux, ou par procédés prothétiques, ou encore par les deux à la fois.

Troisième temps : Contention temporaire et définitive par appareils prothétiques.

Les trois temps ont lieu sous l'immobilisation le plus absolue possible. Dans les deux premiers temps, sous l'immobilisation complète sont permises des actions lentes continues ou intermittentes pour les déplacements à obtenir. Cette méthode est appliquée depuis un an avec succès sur plus de 900 fracturés.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La circulaire suivante a été adressée à tous les confrères mobilisés par le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris.

GROUPEMENT DE L'ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS

Paris, le 18 *mars* 1916.

Mon Cher Confrère,

Nous vous adressons tous les renseignements concernant la nomination de chirurgiens-dentistes aux armées, que nous avons puisés aux sources officielles.

A) Armée de terre.

1° Les demandes doivent être faites individuellement;

2° Les chefs de service ne peuvent pas proposer directement sans demande de la part des intéressés.

3° Les demandes doivent être adressées au directeur du Service de santé régional ou de corps d'armée. Elles *doivent* être transmises par la *voie hiérarchique.*

4° Les pièces à fournir sont réclamées à l'intéressé par ses chefs, après transmission de la demande et lors de l'instruction du dossier. Toutefois il paraît utile, dans l'intérêt du postulant et pour activer la nomination, de joindre à la demande les pièces suivantes :

a) Copie certifiée du diplôme de chirurgien-dentiste (la réclamer au secrétariat de la Faculté qui a délivré le diplôme, ou au Ministère de l'Instruction Publique si le siège de la Faculté se trouve en territoire envahi. A défaut de cette pièce, si le postulant habite les régions envahies, l'affirmation écrite qu'il a été diplômé de telle Faculté, à telle date, semble devoir suffire).

b) Extrait de l'acte de naissance.

c) Extrait du casier judiciaire (les mobilisés doivent le demander par l'intermédiaire de l'autorité militaire).

d) Liste des titres professionnels et scientifiques avec certificat légalisé constatant leur situatiou dans le corps enseignant d'une Ecole, pour les chirurgiens-dentistes qui en font partie.

Au cas de retard sensible dans la constitution du dossier avec ces pièces, transmettre d'abord la demande afin de prendre rang, adresser les pièces ensuite;

5° Les nominations sont faites *exclusivement* par les directeurs du Service de Santé régionaux aux armées et sur le territoire. Le ministre ne procède pas à ces nominations;

6° Un chirurgien-dentiste en traitement dans un hôpital doit remettre sa demande au *médecin-chef de l'hôpital*, qui fait suivre;

7° Un chirurgien-dentiste blessé de guerre en instance de réforme (mutilé) ne peut pas faire de demande;

8° Les engagés spéciaux ne peuvent pas faire de demande; un chirurgien-dentiste ne peut pas s'engager en posant comme condition sa nomination au grade de dentiste militaire;

9° Les conditions dans lesquelles les chirurgiens-dentistes ayant des grades d'officiers dans l'armée peuvent postuler le grade de chirurgien-dentiste militaire sont fixées par l'état-major;

10° Le choix qui présidera à la nomination des dentistes militaires n'est pas déterminé par le décret, L'initiative de ce choix est laissée aux directeurs du Service de Santé régionaux ou de corps d'armée. Les membres du corps enseignant des Ecoles dentaires doivent cependant être nommés les premiers, aux termes du décret;

11° Le décret a été notifié aux généraux commandant les régions, y compris les régions de la zone des armées, les gouverneurs militaires de Paris et de Lyon, le général commandant les forces de terre et de mer de l'Afrique du Nord, le résident général de France au Maroc, par circulaire n° 33C¹/7 en date du 4 mars 1916.

La publication des décrets au *Journal officiel* sert, en outre, de notification;

12° Cette circulaire invite, d'autre part, les généraux commandant des régions, y compris les régions de la zone des armées, à donner, par la voie du rapport, connaissance du décret aux troupes placées sous leurs ordres, afin que le directeur du Service de Santé de la région puisse procéder, dans le plus bref délai possible, aux nominations nécessaires;

13° Provisoirement et dès à présent, les nominations se feront à raison de 15 par région (y compris celle de la zone des armées); le contingent de nominations à attribuer définitivement à chacune de ces circonscriptions sera fixé dès que les généraux commandant des régions auront fait connaître leurs besoins, évalués d'après les règles indiquées à l'article 7 de l'instruction (voir copie des décrets et instructions que nous avons adressées, par l'entremise de la F. D. N., à tous les confrères);

14° Le nombre des chirurgiens dentistes mobilisés n'est pas exactement connu;

15° La solde des dentistes militaires est en tous points celle des adjudants;

16° Les auxiliaires peuvent adresser une demande pour obtenir le grade de dentiste militaire. En principe, ils seront nommés après les praticiens du service armé et dans les limites des besoins;

17° Les chirurgiens-dentistes appartenant à des unités formant

division spéciale (automobile, aviation, cavalerie, etc.), pourront, vraisemblablement, être nommés à titre de dentistes militaires de ces formations, le poste ayant toute chance d'être créé dans ces unités, quoique le décret n'en parle point. Les chirurgiens-dentistes actuellement mobilisés dans une station-magasin doivent adresser leur demande par voie hiérarchique au chef du Service de Santé de la région (territoire) dont dépend cette station-magasin ;

18° *Tous les chirurgiens-dentistes* qui n'auraient pu être gradés aux termes de la circulaire 33 Ci/7 du 4 mars 1916 seront versés dans les sections d'infirmiers ;

19° Les confrères qui ne sont pas encore appelés sous les drapeaux (classes 1888, 1889), les réformés temporaires, etc., ne peuvent adresser une demande de nomination avant d'être incorporés ;

20° Les chirurgiens-dentistes seront nommés dans la zone et dans la région qu'ils occupaient avant leur nomination. (Nous avons demandé qu'un système de relève soit établi) ;

B) ARMÉE DE MER.

21° Le nombre des chirurgiens-dentistes dans la marine est fixé à 20 pour l'ensemble des services dentaires de la marine ;

Ils seront nommés à bord des unités de combat à raison de 1 chirurgien-dentiste par vaisseau-amiral ; en outre, pour assurer le service dentaire des ports maritimes un chirurgien-dentiste sera nommé dans chaque hôpital maritime.

Les chirurgiens-dentistes seront nommés dans la marine en prenant d'abord ceux qui ont été mobilisés dans les corps de l'armée de mer ; le ministre de la Marine demandera au ministre de la Guerre les chirurgiens-dentistes dont il pourrait avoir besoin pour compléter les cadres dentaires de la Marine.

Etant donné le petit nombre des chirurgiens-dentistes de la Marine prévu, et le grand nombre de demandes, nous conseillons à nos confrères d'adresser une demande de nomination comme dentiste militaire. Si la Marine demande des chirurgiens-dentistes à la Guerre, ceux-ci seront vraisemblablement pris parmi *les dentistes militaires*.

C) ETUDIANTS.

22° La situation des étudiants est actuellement à l'étude. Nous poursuivons activement nos démarches, mais aucune solution n'est encore intervenue. Dans tous les cas, ils peuvent, s'ils ont fait régulièrement leur stage et en attendant la solution, se réclamer du titre de mécanicien.

D) MÉCANICIENS.

23° Des mécaniciens seront affectés, suivant les besoins, aux

centres de prothèse de leur région ; ils seront désignés nominativement par le ministre, sur proposition des centres de prothèse. Les mécaniciens désignés seront versés dans la section d'infirmiers de la région. Pour prendre rang, ils peuvent adresser une demande, par voie hiérarchique, au directeur du Service de Santé de leur région.

L'Odontologie publiera les renseignements complémentaires qui nous parviendront ; le numéro de mars contient les décrets, les instructions et circulaires y relatives.

Veuillez agréer, etc.

Le Secrétaire général,
GEO. VILLAIN.

N. B. — Nous serions reconnaissants à nos confrères de bien vouloir nous faire part de leur nomination et de nous communiquer sur cette nouvelle organisation professionnelle tous les renseignements qu'ils jugeraient utiles, dans l'intérêt général.

Avis.

Nous publierons dans le prochain numéro la liste des chirurgiens-dentistes militaires nommés.

UNE ROULOTTE DENTAIRE.

Le Comité d'assistance aux dépôts d'éclopés, fondé sous le patronage du général de Lacroix et qui a pour présidente Mme Jules Ferry, a inauguré, le 31 mars à deux heures, à son siège social, avenue des Champs-Elysées, 72, la première roulotte dentaire, offerte à l'armée. Retenu par la commission sanitaire interalliés, M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du service de santé, s'était fait représenter par le commandant Sabatier, qui a félécité les donatrices de leur excellente initiative.

La roulotte dentaire est une voiture attelée de deux chevaux dans laquelle on a amenagé un véritable cabinet de dentiste : aux parois sont accrochés les délicats instruments du spécialiste avec cuvettes et lavabos, et sur une tablette ont été fixés les appareils spéciaux permettant la confection et la réparation des appareils de prothèse. La voiture permet de soigner deux malades à la fois et contient, à cet effet, deux fauteuils articulés. Elle est destinée à une division d'infanterie et sera conduite de cantonnement en cantonnement, pour toutes les opérations concernant les dents,

MM. Godon, Blatter et G. Villain assistaient à cette iuauguration ; ils ont félicité et remercié Mme Ferry de l'initiative prise par le Comité d'assistance qu'elle préside. Ce Comité, en outre de cette voiture et de 4 autres automobiles dentaires en construction, fournit, en effet, aux dépôts d'éclopés de véritables petits cabinets dentaires, comprenant un fauteuil à têtière, un tour, un crachoir et les instruments nécessaires pour les soins dentaires.

SERVICE DENTAIRE DE L'AMBULANCE AMÉRICANE

Premier rapport général annuel.

(Sept. 1914-Sept. 1915.)

Nous devons à l'obligeance de notre confrère M. Georges B. Hayes, chef de ce service, la communication de ce document dont nous extrayons ce qui suit :

Installation. — Nous avons débuté avec un seul fauteuil d'opération, aujourd'hui nous en avons huit, et deux laboratoires de prothèse. Le personnel comprend huit mécaniciens-dentistes, trois apprentis, deux infirmières, sept assistantes, une dactylographe, etc. formant un total de trente-deux personnes dans le service.

A un certain moment, en mai, plus du cinquième (125 exactement) des blessés de l'Ambulance étaient soignés pour fractures des maxillaires, et en dehors des 560 blessés de l'Ambulance, notre service de chirurgie dentaire continuait à donner ses soins à nos convalescents venant de onze hôpitaux auxiliaires.

But. — Nous nous sommes efforcés de donner à chacun de ces blessés, avant leur départ, les soins dentaires nécessaires, prophylaxie de la bouche et des dents, extraction des racines, obturations, appareils de prothèse dentaire ayant pour but de remplacer les dents manquantes afin d'assurer une mastication normale où, au point de vue esthétique, la correction d'une difformité trop apparente.

Négligence antérieure. — La réalisation complète de notre idéal n'a pas toujours été atteinte, pour différentes raisons :

1° Les longs traitements individuels ayant pour cause la négligence antérieure des blessés au point de vue de l'hygiène buccale, la plupart d'entre eux n'ayant jamais eu recours au dentiste, sauf un très petit nombre et exclusivement pour une extraction.

2° Les soins que nous avons donnés au personnel de l'hôpital, y compris celui de l'ambulance du front, et les cas spéciaux qui nous ont été adressés par les hôpitaux auxiliaires n'ayant pas de service dentaire.

3° Les très nombreux cas de fractures graves des maxillaires nécessitant des soins journaliers et de longue durée. La moitié peut-être de ces fractures se composait de cas anciens, toute trace d'infection ayant disparu; mais, faute d'intervention dentaire, elles s'étaient consolidées dans des positions vicieuses, déformant les parties restantes,

et nécessitant leur réduction immédiate par une intervention chirurgicale, ou leur réduction lente au moyen d'appareils compliqués.

Pendant les huit mois qui viennent de s'écouler, nous avons consacré plus de la moitié de notre temps au traitement des fractures des maxillaires.

Cartes et archives. — Dès qu'un blessé peut se lever, il reçoit une carte de rendez-vous pour la clinique de chirurgie dentaire. Cette carte, confiée à l'infirmière et jointe à un dossier, indique qu'il a refusé tout soin dentaire, ou qu'après examen aucun traitement dentaire n'était nécessaire, ou enfin que son traitement dentaire est terminé : les dates des rendez-vous indiquent si le patient se présente régulièrement au chirurgien-dentiste.

Les opérations sont notées sur des cartes spéciales et conservées dans nos archives. Les cas présentant un intérêt suffisant sont photographiés et radiographiés, les modèles en plâtre sont conservés, ainsi que l'observation du blessé, son diagnostic et son traitement.

Visites. — Actuellement, nos visites dans les salles n'ont lieu que lorsque le malade souffre, pour un traitement urgent, ou si nous sommes appelés en consultation.

Dépenses. — Pendant les deux premiers mois et demi, toutes les dépenses d'installation, d'instruments et de fournitures furent couvertes par des dons particuliers, et jusqu'à la création des laboratoires de prothèse, l'ambulance n'a eu à supporter aucun frais pour les travaux de prothèse dentaire.

Plusieurs personnes ont contribué aux dépenses occasionnées par les photographies, une très grande quantité de fournitures et d'instruments ont été donnés par huit maisons américaines, au moins, de sorte que le montant des dépenses supportées par l'ambulance est loin d'être ce que l'on pourrait supposer.

Matières premières. — Nous n'avons employé que des matières premières de qualité supérieure, et nous nous sommes toujours efforcés de faire des travaux offrant toute garantie de solidité et de durabilité. Jusqu'à la création d'une caisse spéciale « Or et Platine », nous n'avons pas employé d'or, sauf dans des cas tout-à-fait exceptionnels, et la dépense était couverte par des dons particuliers.

Laboratoires. — La création du laboratoire de prothèse nous a permis, tout en gagnant beaucoup de temps, de donner nos soins à un nombre considérable de malades. Il ne nous a été possible de faire un si grand nombre de gouttières, d'appareils spéciaux, ou de simples appareils de prothèse (un appareil environ sur 4 blessés), que grâce à l'assistance de mécaniciens expérimentés. J'insiste sur les grands avantages qu'offre la mobilisation des mécaniciens-dentistes. Leurs services ont été absolument indispensables pour ces travaux spéciaux.

Auxiliaires. — L'adjonction d'une assistante à chaque opérateur nous a également permis de gagner beaucoup de temps. Ce travail ne demande pas tout-à-fait l'expérience que doit avoir l'infirmière diplômée, mais en général il faut plusieurs mois pour que les services rendus soient réellement précieux.

Infirmière en chef. — La présence d'une infirmière en chef est indis-

pensable pour l'éducation et la surveillance des infirmières, pour les pansements, pour s'occuper des blessés, et en général pour la marche régulière du service. Nous avons été favorisé dans ce choix.

Rayons X. — Le service de Rayons X, quoique imparfaitement installé pour les radiographies maxillo-faciales, nous a donné néanmoins des résultats appréciables.

Historique. — Je crois que l'Ambulance Américaine est le premier hôpital militaire où le corps médical se soit adjoint le concours d'un chirurgien-dentiste.

Ayant appris que l'Hôpital Américain étudiait l'organisation d'un hôpital pour le secours aux blessés, j'ai offert ma collaboration, le 4 août 1914. Peu après, je fus nommé chirurgien-dentiste de l'ambulance et je pris des dispositions pour soigner tout de suite les 150 premiers blessés.

En quinze jours, nous avions les fonds nécessaires pour doubler le nombre des lits et je compris que, seul, il me serait impossible de répondre à tous les besoins ; je demandai la nomination de M. W. S. Davenport, et nous complétâmes notre installation en apportant les fauteuils, les tours à pied, les instruments et les fournitures d'une clinique dentaire que nous avions dirigée ensemble pendant dix ans.

Comme au début il n'y avait pas de convalescents, nous avons commencé par soigner les blessés dans leurs lits, donnant d'abord les soins les plus urgents, prophylaxie buccale, traitement des dents dont l'état réclamait une intervention immédiate, et remettant des soins plus complets à une date ultérieure lorsque les blessés pourraient venir dans notre salle d'opération.

Nous avons utilisé d'abord, M. Davenport et moi, alternativement le même fauteuil, pendant que l'un de nous visitait les salles.

Réputation. — L'existence de notre service dentaire fut bientôt connue, et les troupes anglaises, campées à Villeneuve-Saint-Georges, ne possédant pas un seul dentiste, ne tardèrent pas à s'adresser à nous. Des officiers du front, en permission de trois jours, sont venus nous demander des soins ; nous avons reçu plusieurs télégrammes demandant l'envoi d'un dentiste sur le front.

Absence de services dentaires. — Jusqu'alors aucune ambulance n'avait été pourvue d'un chirurgien-dentiste, bien que les services de santé des armées françaises et anglaises se soient peu après préoccupés d'organiser un service dentaire.

Collaboration du chirurgien et du chirurgien-dentiste.— Bientôt les premiers cas de fracture des maxillaires arrivèrent à l'ambulance et une nouvelle branche de chirurgie et d'orthopédie dentaires fut inaugurée.

Ces traitements, tout-à-fait nouveaux, nécessitant la création de méthodes nouvelles, établirent entre le chirurgien et le dentiste une collaboration et une dépendance mutuelles qui ne s'étaient encore jamais produites.

Nouveau champ d'action. — Les fractures des maxillaires avaient été classifiées et leur traitement défini, mais il a été impossible de trouver un ouvrage relatant le traitement des terribles ravages causés par les projectiles employés dans la guerre de tranchées.

Dans la plus grande majorité des cas, les fractures étaient

compliquées de perte plus ou moins grande des tissus osseux ou des tissus mous, depuis les petites esquilles, jusqu'à la moitié ou presque la totalité des maxillaires et aggravées de grande mutilation de la face.

Difficultés. — En présence d'un cas de fracture, nous devions étudier les portions des tissus qu'il fallait extraire ou conserver, les appareils de réduction et de contention que nous devions utiliser pendant la période cicatricielle, créer les appareils destinés à réparer les pertes de tissus, et construire enfin des appareils squelettiques ou de soutien préopératoires, pour une greffe osseuse ou pour une opération autoplastique.

A cette époque, M. Choquet s'est joint à nous, nous apportant l'appui de l'École Dentaire de Paris. C'est à son initiative que nous devons les premières bonnes photographies que nous possédons des cas en cours de traitement, ainsi que les premières plaques en couleur.

Résultats. — Grâce à notre intervention et à nos soins, le chirurgien a pu, par une opération autoplastique, permettre à ces mutilés de reprendre leur place dans la société, non comme des objets d'horreur et de pitié, mais comme des hommes présentables et heureux de pouvoir reprendre leur vie d'autrefois.

Nécessité de nous envoyer sans retard cette catégorie de blessés. — C'est au moment où nous ont été envoyés les premiers cas de fractures anciennes dont on ne s'était pas occupé que s'est fait sentir, dans les hôpitaux militaires, l'absence de services dentaires. Les blessures étaient, il est vrai, guéries, mais les bouches étaient atrésiées, les visages déformés, la mastication impossible, les parties fracturées étaient cicatrisées et consolidées dans des positions vicieuses, rendant le travail doublement difficile, et nécessitant soit une intervention chirurgicale immédiate, soit un long traitement exigeant des appareils spéciaux pour lesquels il a fallu déployer une ingéniosité et une habileté professionnelle exceptionnelles.

Au cours du développement de notre service dentaire, nous avons accepté avec empressement les offres de nos confrères de Paris et des États-Unis.

Le comité décida, en reconnaissant les services rendus par notre clinique de chirurgie dentaire, d'étendre son champ d'opération et de créer quarante lits de plus pour les blessés de la face et des maxillaires.

Opérations du 6 septembre 1914 au 1er septembre 1915.

Extractions	2658
Amalgames	1345
Ciments	627
Gutta-percha	247
Acide arsénieux	192
Racines obturées	399
Pulpectomies	181
Ligatures métalliques de contention	6
Gouttières en caoutchouc	14
Gouttières en métal	88
Bridges de contention	11
Gouttière en or	1

Obturations	2
Appareils d'Angle	4
Dents à pivot	10
Réparations de dentiers	9
Nombre total de dentiers (vulcanite) (ceci représente 1948 dents remplacées).	383
Fractures de maxillaires :	
94 blessés des maxillaires appartenant à l'hôpital.	
46 convalescents évacués de notre hôpital et revenant pour leur traitement.	
140 en cours de traitement.	
104 traitements terminés	
Total : 244	244
Nettoyage et traitements prophylactiques	1279
Nombre total de blessés soignés	1523

EXPOSITION D'APPAREILS DE PROTHÈSE A PETROGRAD.

Une exposition d'appareils de prothèse aura lieu à Pétrograd, le 15 mai 1916. Elle durera deux mois. Les envois pourront être reçus même après l'ouverture de l'Exposition.

Les envois et la correspondance seront adressés au Comité de l'exposition d'appareils de prothèse, Simeonievskaia, 1, Pétrograd.

BIBLIOGRAPHIE

Le nouvel articulateur adaptable.

Notre confrère M. Alfred Gysi, professeur à l'Institut dentaire de l'Université de Zurich, continue ses études sur l'articulation. On se rappelle l'important travail qu'il a publié à cet égard dans l'*Odontologie*,

Il vient de nous adresser sur la matière une nouvelle contribution intitulée : *Le nouvel articulateur adaptable de Gysi (modèle* 1914) *muni du guidage automatique de Rumpel*, dont la traduction en français est due à notre confrère M. P. Guye, de Genève.

La brochure de M. Gysi, qui compte 81 pages, comprend une introduction, deux chapitres principaux : l'articulation temporo-maxillaire ; commment un articulateur physiologique doit être constitué ; subdivisés en sous-chapitres. 48 figures intercalées dans le texte illustrent ce travail, que nous nous faisons un plaisir de signaler à nos lecteurs.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ASSOCIATION GÉNÉRALE SYNDICALE DES DENTISTES DE FRANCE

IMPOT GÉNÉRAL SUR LE REVENU

Consultation de l'avocat-conseil de l'Association.

A Monsieur le Président
de l'Association générale syndicale des dentistes de France.

Monsieur le Président,

Vous avez bien voulu me demander dans l'intérêt de la profession quelques indications pratiques sur l'impôt général sur le revenu.

Ces indications porteront essentiellement, bien entendu, sur la partie du revenu ayant un caractère professionnel.

1° Quelles sont les obligations du chirurgien-dentiste aux termes de la loi de finances du 15 juillet 1914 qui a institué l'impôt général sur le revenu et du décret du 15 janvier 1916 qui en a réglementé l'application ?

Tout d'abord, il y a lieu de distinguer, suivant que le chirurgien-dentiste a été ou non appelé ou rappelé sous les drapeaux.

En principe le délai de deux mois prévu par la loi de 1914 pour la déclaration facultative du revenu court à l'égard de tous les contribuables. Mais le décret du 15 février 1916 fait exception pour ceux qui sont empêchés de se conformer à la loi par un cas de force majeure : ces contribuables ont un délai supplémentaire de trois mois à partir de la cessation des hostilités.

Il y a présomption de force majeure en faveur : 1° du chirurgien-dentiste mobilisé dans la zone des armées ; 2° ou de celui dont la résidence est située dans une localité envahie ou comprise dans la zone des opérations militaires.

Cette présomption n'est pas absolue. S'il résulte de circonstances particulières qu'elle ne peut pas être valablement invoquée, l'Administration peut mettre l'intéressé en demeure de faire sa déclaration.

Inversement, tout contribuable qui se trouverait empêché de faire sa déclaration par cas même non présumé de force majeure, pourra contester par la voie contentieuse la taxation d'office dont il aurait été l'objet.

Ce cas se présentera bien rarement.

Pratiquement on doit donc admettre que le délai de deux mois imparti par la loi court contre tout chirurgien-dentiste, appelé ou rappelé sous les drapeaux, même s'il est versé dans le service armé, s'il n'est pas mobilisé dans la zone des armées.

Trois partis lui sont ouverts :

Il peut avant le 1er mai 1916 faire à son choix une déclaration globale ou détaillée de son revenu ;

Il peut encore, dans le mois qui suit l'avis donné par le contrôleur des contributions directes, faire sa déclaration. Mais alors il doit indiquer la répartition par nature de revenus de l'ensemble de ses ressources ;

Il peut enfin laisser passer ce délai : et alors il est taxé d'office.

Pour ma part, je n'hésite pas à écarter cette dernière solution, à la fois dans l'intérêt de la profession et dans l'intérêt du dentiste lui-même.

Le refus de faire une déclaration de son revenu ne peut s'expliquer que par l'impossibilité où s'est trouvé le contribuable d'établir lui-même le montant de ses ressources ou par un calcul difficilement avouable.

Le dentiste ne peut pas éprouver de difficultés bien graves pour établir le chiffre du revenu brut de sa profession. Il est de notoriété publique que, sans être assujetti comme les commerçants à une comptabilité, il tient écriture de ses recettes.

Son refus de faire déclaration ne pourrait être interprété comme inspiré par le désir de sauvegarder le secret professionnel. Dire dans une déclaration que le montant net de ses revenus s'élève à x, ou même indiquer que les honoraires de la profession montent à y, ce n'est pas commettre de divulgation au préjudice de ses clients.

On pourrait donc considérer que le dentiste s'est abstenu dans la pensée de profiter de l'embarras où l'Administration se trouve de déterminer les revenus d'une profession libérale, pour payer moins qu'il ne doit.

Il n'est ni de l'honneur, ni de l'intérêt de la profession qu'un pareil reproche puisse être adressé, surtout dans les circonstances présentes, à ceux qui l'exercent.

En dehors de toute considération d'ordre professionnel, cette façon d'agir ne serait pas du reste sans inconvénients. Aux termes de l'article 19 de la loi, le revenu professionnel pourrait être fixé (et le serait infailliblement dans la pratique) à trente fois le *principal* de la patente (centimes additionnels du département et de la commune non compris). Il serait à peu près impossible au dentiste de contester cette évaluation puisque la preuve serait à sa charge et qu'il ne pourrait pas la faire par ses livres de comptabilité sans risquer de porter atteinte au secret professionnel.

J'estime donc qu'il convient de faire la déclaration de son revenu.

Cette déclaration doit-elle être globale ou détaillée ? On ne peut pas poser à cet égard de règle absolue. Mais on peut dire que la question, au moins au point de vue professionnel, n'a pas l'importance qu'on pourrait croire.

Ce que la loi demande au contribuable, c'est de faire la déclaration de son revenu *net*. La déclaration conserve ce caractère, que l'on indique les différentes sources de revenus ou qu'on se contente d'une indication globale. Quel que soit donc le mode adopté par un chirurgien-dentiste, il sera suffisamment protégé contre toute investigation indiscrète.

Qu'il déclare par exemple qu'il a un revenu net de 20.000 francs, ou qu'il déclare qu'il a revenu net de 20.000 francs et qu'il fasse figurer dans ce revenu les produits de son cabinet pour 15.000 francs, la situation sera sensiblement la même. Elle ne serait différente que s'il était obligé de donner le détail des déductions qu'il fait subir à son revenu *brut*. Or non seulement il n'y est pas obligé, mais les formules imprimées délivrées par l'Administration ne comportent pas ce détail.

Les seules déductions qui soient explicitement déclarées sont les charges hypothécaires, les contributions directes et les pertes d'exploitation.

Si cependant le dentiste éprouvait la crainte d'une investigation dans le secret de ses affaires, il ferait une déclaration globale.

2° *Ce qu'il faut entendre par le revenu net.*

La difficulté commence quand il s'agit de faire du revenu brut les déductions nécessaires pour déterminer le revenu net.

Ces déductions n'apparaissent pas sur la déclaration. Elles sont le résultat d'un travail préalable du contribuable, abandonné à sa conscience, jusqu'à preuve bien entendu de la fraude.

Quelles sont les déductions légitimes ?

L'article 19 de la loi de finances de 1914 n'a prévu d'autres déductions que celles des intérêts des dettes et emprunts à la charge du contribuable, des arrérages des rentes payées par lui à titre obligatoire, des impôts directs (à l'exclusion de l'impôt sur le revenu), des pertes d'exploitation industrielle, commerciale ou agricole. Cette énumération ne concerne pas les charges afférentes aux professions libérales. Mais elle ne les exclut pas, puisqu'il s'agit d'imposer le revenu net : seulement elle n'en fait pas l'objet d'une déclaration expresse.

L'instruction du ministre des Finances publiée dans le *Journal officiel* du 23 janvier 1916 sous cette rubrique significative « Note pour les contribuables » ne laisse subsister aucun doute à cet égard.

« La somme imposable, écrit le ministre, est formée par le produit total des différentes sources de revenus, gains et profits dont dispose chaque contribuable sous déduction, d'une part, des frais et dépenses qui grèvent spécialement chacune de ces sources et, d'autre part, des charges affectant l'ensemble des revenus, savoir, d'après l'énumération contenue dans la loi : les intérêts de dettes et emprunts, les contributions directes et taxes assimilées, les pertes résultant d'un déficit d'exploitation dans une entreprise agricole, industrielle ou commerciale ».

Mais quels sont les frais et dépenses, qui grèvent spécialement la profession de dentiste, considérée comme source de revenus ?

Ces frais et dépenses sont aux termes de l'article 1er du décret du 18 janvier ceux qui ont été effectués en vue de l'acquisition et de la conservation du revenu.

Il y a lieu de reconnaître ce caractère :

1° Au loyer du cabinet où le dentiste exerce sa profession et des locaux qui en dependent.

Cette déduction n'offre aucune difficulté, si le dentiste a conservé un domicile distinct de son cabinet. Mais s'il exerce sa profession dans

un appartement qui sert en même temps à son habitation personnelle et à celle de sa famille, il y a une ventilation à faire.

Pour opérer cette ventilation le dentiste trouve un premier élément d'appréciation sur sa feuille de contribution. C'est l'écart entre le loyer effectif pour lequel il est imposé à la patente et le loyer pour lequel il est imposé à la contribution personnelle mobilière. Mais cet écart peut ne pas être suffisant. La part du loyer applicable au cabinet du dentiste, à son ou à ses salons d'attente, à la pièce ou aux pièces où il a son atelier de prothèse, peut être légitimement déduite ; la part afférente au contraire à la salle à manger, à la cuisine, aux chambres à coucher... ne peut pas être rattachée spécialement à l'exercice de la profession ;

2° Les charges accessoires du loyer, telles que l'éclairage, le chauffage, l'eau, l'abonnement au téléphone, l'assurance contre l'incendie, — mais sous la même réserve que ci-dessus ;

3° Les appointements de son mécanicien ou de ses aides, l'assurance contre les accidents qu'il aurait contractée en leur faveur ;

4° L'achat et l'entretien des instruments de chirurgie dentaire, l'acquisition des matières premières ;

5° L'achat des livres relatifs à la profession, les frais de reliure ;

6° L'entretien et l'amortissement de l'ameublement consacré à la profession ;

Les frais d'acquisition du mobilier devraient donc être répartis sur un certain nombre d'années ;

7° Les gages des domestiques, mais seulement dans la mesure où ils sont affectés au service du cabinet dentaire. Les gages de la cuisinière par exemple ne devraient pas être déduits ;

8° Les cotisations payées au groupement professionnel, mais non les sommes payées pour se constituer une pension de retraite. Les frais de Congrès professionnels, etc., etc.

Il va sans dire que ces ventilations et ces amortissements doivent être faits avec beaucoup de modération.

Le revenu net ainsi déterminé figure seul dans la déclaration sous la rubrique « Professions libérales » si l'on fait une déclaration par catégorie de revenus. Si l'on fait au contraire une déclaration globale il se confond dans le chiffre porté au total avec les autres sources de revenus.

Telles sont, Monsieur le Président, les indications pratiques que l'étude de la loi de 1914 et des décrets et circulaires qui l'ont suivie m'a suggérées.

Veuillez croire à mes sentiments dévoués et très distingués.

F. DUCUING
Avocat à la Cour.

Paris, 6 avril 1916.

VARIA

Notre confrère M. Joseph Nolin, professeur à l'Université Laval, de Montréal, a composé en l'honneur de la France la très belle poésie qu'on lira ci-dessous. Nous sommes heureux de publier ces vers d'un Canadien français qui sont animés d'un vibrant souffle patriotique et qui sont un hommage touchant à la patrie d'origine de ses ancêtres.

L'HEURE

France ! Reprends ton glaive et ta cocarde blanche !.....
C'est l'heure du réveil, l'heure de la revanche,
L'heure de la victoire, et tes enfants sont là !
Comme pour une fête, en habits de gala,
Ils viennent par millions, en longues théories,
A travers les sentiers, par les routes fleuries,
Tous animés pour toi d'un indicible amour.
Regarde ! Ils y sont tous ! Jeunes époux d'un jour
Sortis avec effort des chambres nuptiales,
Pâles adolescents aux poses martiales,
Et tout vibrants encor de l'adieu maternel,
Gavroches de Montmartre au sourire éternel,
Réservistes, marins, les deux poings sur la hanche,
Officiers, généraux à la moustache blanche
Et qui vont l'air pensif et le front soucieux,
Avec un vague éclair de gloire dans les yeux ;
Hardis aviateurs, la courroie aux aisselles,
Dont les grands avions battent déjà des ailes ;
Vétérans de Strasbourg, de Metz ou de Belfort,
Dont les sourcils froncés voilent avec effort,
Dans leur regard troublé de colère et de haine
De rouges visions de vengeance prochaine,
Ils y sont tous, te dis-je !... et chacun à son rang !
France ! Reprends ton glaive et ton panache blanc !

Quitte le voile noir et la robe de bure !
Tes fils vont la chasser, cette cohorte impure
Qui force ta maison et qui souille ton seuil.
France, tu peux sourire et n'être plus en deuil.

Et puis ce n'est pas tout, France !... Ecoute et regarde !...

Vois-tu ces escadrons montant, là-bas, la garde,
Ces régiments houleux et de fer hérissés ?
N'entends-tu pas, au loin, tonner ces cuirassés ?
C'est la fière Albion, c'est la Russie altière
Qui te tendent la main...

Regarde ! A ta frontière
Un peuple, né d'hier et sorti du néant,
Un peuple tout petit se fait soudain géant,
— Dieu sait par quel élan de courage magique —
Pour mettre près du tien le nom de la Belgique...

Et l'Alsacien qui pleure en baisant ton drapeau...

Et puis, fier entre tous d'aller offrir sa peau
Pour t'y laisser graver le nom d'une victoire,
Le Canadien-Français, lambeau de ton histoire,
Tous ceux qui de ton sang sublime ont hérité,
O mère : tu vois bien qu'ils sont à ton côté,
Et que l'Heure est venue, et que c'est la revanche !

France, reprends ton glaive et ta cocarde blanche !

JOSEPH NOLIN.

La Presse, Montréal, 12 août 1914.

NÉCROLOGIE

Léon Labbé.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, survenue le 22 mars, du docteur Léon Labbé, membre de l'Institut, un des maîtres de la science médicale et chirurgicale française, à l'âge de quatre-vingt-trois ans, il était né en septembre 1832, à Merlerault (Orne). Il était membre libre de l'Académie des sciences depuis 1903, et de l'Académie de médecine depuis 1878, pré ident du conseil général de l'Orne, commandeur de la Légion d'honneur.

Il avait été élu sénateur en 1892, réélu en 1900 et en 1909; il faisait partie du groupe de l'union républicaine.

Il laisse de nombreux écrits scientifiques, et notamment des *Leçons de clinique chirurgicale.* Il fut beaucoup parlé de la fameuse « opération de la fourchette » qu'il pratiqua naguère, établissant ainsi les règles de la gastrostomie.

Ses obsèques ont été célébrées le 25 mars, en l'église Saint-Augustin, au milieu d'une très nombreuse assistance, où l'on remarquait les personnalités les plus marquantes du monde parlementaire et du corps médical.

Le deuil était conduit par ses fils, MM. Jean Labbé, avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, et Camille Labbé, par son gendre, le docteur Marcel Lermoyez, membre de l'Académie de médecine, et par M. Louis Lépine, ancien préfet de police, membre de l'Institut, beau-père de M. Camille Labbé.

Les honneurs militaires étaient rendus par deux bataillons du 203e territorial avec musique et drapeau.

Suivant la volonté du défunt, aucun discours n'a été prononcé. L'inhumation a eu lieu dans un caveau de famille, au cimetière Montmartre.

Il était membre du Conseil de patronage de l'Ecole dentaire de Paris et avait présidé en 1894 la séance de réouverture des cours et de distribution des récompenses.

En l'honneur d'Eugène Jacquet.

Une manifestation organisée par la Ligue des droits de l'homme en l'honneur d'Eugène Jacquet, fusillé par les Allemands, pour

avoir favorisé l'évasion de Belgique de militaires français qui y étaient cachés, a eu lieu le 12 mars, à deux heures et demie, dans la salle des fêtes de la mairie du 4e arrondissement devant une nombreuse assistance.

Des discours ont été prononcés par MM. J.-B. Morin. député du Cher, ami personnel d'Eugène Jacquet; Werquin, avocat à Lille; Lebas, maire de Roubaix et Ferdinand Buisson, président de la Ligue des droits de l'homme.

M. Morin a dit le courage, la droiture et le profond patriotisme de Jacquet. Il a retracé la carrière de cet honnête citoyen, couronné par une mort glorieuse, face à l'ennemi qui frappait lâchement.

M. Edouard Werquin, évacué, le 11 février dernier, du camp de Holzminden, avec 169 prisonniers civils, a été témoin de l'arrestation, de la condamnation et du départ pour Gand d'Eugène Jacquet. M. Werquin qui, lui-même a été traduit deux fois devant un conseil de guerre allemand, croyait que Jacquet serait détenu en Allemagne. Il fut surpris de le voir ramener à la citadelle de Lille et d'apprendre que les Allemands l'avaient passé par les armes.

M. Lebas, récemment rapatrié, a exposé la situation faite aux habitants des régions envahies et montré qu'en dépit des souffrances subies le moral de la population demeure excellent.

M. Ferdinand Buisson a rendu à son tour un hommage à Eugène Jacquet et à ses compagnons de martyre : le sous-lieutenant Ernest Deconinck, Georges Maertens, et l'ouvrier Sylvère Verhulst. Il a glorifié l'âme française, qui réalise des miracles d'énergie et suscite d'admirables dévouements. Il a fait l'apologie de l'héroïsme militaire, et salué l'heure prochaine où les provinces envahies seront délivrées, où nos morts seront vengés, où le droit, la justice et la civilisation auront assuré leur triomphe.

Une des filles d'Eugène Jacquet est élève à l'Ecole dentaire de Paris. Nous lui adressons l'expression émue de notre sympathie.

Notre confrère M. le Dr Charles Bennejeant, membre de l'A. G. S. D. F., a eu le regret de perdre son grand père maternel, M. Antoine Duranton, décédé à Vichy dans sa 91e année le 18 mars dernier.

Nous lui adressons l'expression de nos regrets

NOUVELLES

Mariage.

On annonce le mariage de notre confrère M. Robert Ash, de Monte-Carlo, avec Mlle Mary Antoniadis, célébré le 19 février 1916 à Nice, dans la plus stricte intimité.

Nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur de notre confrère M. le Dr Prost-Maréchal, médecin-major de 1re classe, région de Toulouse, qui, on s'en souvient, donna plusieurs contributions intéressantes à *L'Odontologie* lors de la création des services dentaires dans l'armée en 1907.

Il fut élève à l'Ecole dentaire de Paris et suivit pendant plusieurs années les congrès et réunions de nos Sociétés.

Nous lui adressons nos vives félicitations.

Palmes académiques.

Le Consul général de France au Canada vient de remettre de la part du ministre des Affaires étrangères de France à notre confrère M. le Dr J. Gendreau, de l'Ecole de Chirurgie dentaire de l'Université Laval, à Montréal, dont il est professeur titulaire et secrétaire-trésorier, le diplôme d'officier d'Académie, qui lui a été décerné par le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts.

Nous adressons au Dr Gendreau nos sincères félicitations.

Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de démonstrations de la Société d'Odontologie a eu lieu le dimanche 16 avril 1916, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Ecole dentaire de Paris avec l'ordre du jour suivant :

1° Professeur Cavalié, de Bordeaux. — *Traitement chirurgical des Pseudarthroses par les greffes autogènes.*

2° Question mise à l'ordre du jour : *De la conduite à tenir au*

sujet des dents voisines d'un trait de fracture. — Rapporteur : M. Roy.

Inscrits pour la discussion : MM. Frey, Darcissac, Choquet.

3° M. Frey. — *Présentation de malades.*

4° M. G. Villain. — *Présentation d'appareils.*

Service de radiographie.

Nous informons nos confrères que le service de radiographie de l'Ecole dentaire de Paris fonctionne comme à l'ordinaire et est à leur disposition s'ils demandent par écrit au secrétaire général d'en faire usage. Pour les membres du Groupement les droits à acquitter dans ce cas sont de 20 fr. pour une radiographie dentaire et de 50 fr. pour une radiographie faciale.

Avis.

Par suite d'un accident survenu lors de la mise à la poste des numéros de février et de mars, un certain nombre de ces numéros ne sont pas parvenus.

Prière de nous en informer.

36e ANNEE. N° 5 30 MAI 1916 Vol. LIV

L'ODONTOLOGIE

PRÉSENTATION DE BLESSÉS

Par M. le médecin-major Frey,

Chef du Service de Stomatologie et de Prothèse maxillo-faciale,
à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce,

Assisté de ses collaborateurs : MM. Ruppe, Dumont, Jacquin.

(*Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 12 mars* 1916).

Messieurs,

J'ai fait venir ce matin, pour notre réunion, huit malades ; je vais vous en dire un mot, puis, mes amis Ruppe, Dumont, Jacquin, vous montreront chacun, dans leurs détails, les appareils dont ils sont les auteurs.

Ces blessés m'ont paru intéressants pour des confrères comme vous, car deux sont porteurs d'une *prothèse tardive,* que je vous demande de bien examiner, cinq représentent des cas d'*orthognathie tardive* et le dernier est atteint d'une déviation appelée, à tort à mon sens, par M. Cavalié, « *déviation paradoxale* ».

La prothèse tardive du lieutenant M... remplace toute la branche horizontale gauche, ainsi que la branche montante. Cet officier est la victime de ces interventions chirurgicales trop étendues que nous avons le regret de constater trop souvent encore. Dans le cas particulier, on a fait la place nette, on a enlevé *toutes* les esquilles. Quand j'ai vu le lieutenant pour la première fois, il me semblait avoir subi une résection très précise et très vaste, telle qu'elle se pratique dans l'exérèse des tumeurs malignes. Vous savez combien au contraire, dans les traumatismes qui nous occupent actuellement, le chirurgien doit être économe de la

moindre esquille dont l'élimination ne s'impose pas, car *l'esquille la plus modeste peut être un précieux élément ostéogène.*

En province, on avait posé à ce blessé une prothèse extrêmement lourde qui blessait ; elle dilatait bien la cicatrice dans la région sous-maxillaire, mais non dans la région de la joue.

M. Ruppe a fait une prothèse plus légère qui a permis de dilater la joue peu à peu par des épaisseurs surajoutées de gutta-percha.

Je signale à votre attention le système inamovible rétentif ; comme la moitié droite du maxillaire inférieur existe, c'est elle qui, maintenue en bonne occlusion par une courte attelle vestibulaire, sert pour l'accrochage du maxillaire gauche prothétique.

Cette rétention est constituée par une gouttière en or, évidée, scellée, faisant bridge-work au niveau de la molaire d^6 absente.

La demi-mâchoire gauche movible vient s'adapter sous le bridge d^6 par un fort tenon en or.

Le deuxième blessé à prothèse tardive est également un grand mutilé, le soldat V..., que nous considérons à présent comme banal ; car il n'y a pas de service de restauration faciale qui n'ait eu à traiter de ces vastes délabrements constitués par la perte de tout le corps du maxillaire inférieur avec disparition de la lèvre et du plancher buccal, la langue plus ou moins entamée restant pendante à travers un énorme hiatus.

Cette prothèse, exécutée par M. Ruppe, est constituée par deux gouttières soutenant une masse squelettique à charnière. Cette masse présente quelques dents.

Voyez maintenant, messieurs, les cinq cas d'orthognathie tardive : dans les quatre premiers il s'agit de fractures négligées ; elles étaient en position vicieuse avec consolidation ostéo-fibreuse.

M. Dumont va vous montrer le soldat R..., qui avait consolidé en latéro-déviation gauche sa fracture, avec perte de la moitié postérieure de la branche horizontale. Ce cas est intéressant, car l'orthognathie n'a pu être que relative, étant donné le degré de consolidation ; mais elle fut complétée par des manœuvres simples d'orthodontie ; vous pouvez constater déjà que l'esthétique est satisfaisante et l'occlusion très suffisante.

Voici le soldat G.... également traité par notre confrère Dumont : perte de toute la portion incisive du maxillaire inférieur ; le fragment gauche était immobile, dévié vers la langue et remonté jusqu'au palais ; le fragment droit n'était qu'en linguo-déviation avec mésiogression : plus mobile que la gauche. Impossible de prendre une empreinte ; Dumont construit l'appareil en bouche par pièces séparées, s'emboîtant les unes dans les autres à l'aide de tubes ouverts, fermés ensuite à la pince.

En raison du rapprochement des deux fragments, la vis d'écartement est placée au niveau de l'orifice buccal. Voyez à présent la bonne occlusion qui a été obtenue.

Le soldat P... a réparé en six mois uue perte totale de la région incisive inférieure, mais les deux fragments présentaient un léger degré de vestibulo-version. Le confrère Jacquin va vous montrer son appareil pour remédier à cet inconvénient si fréquent des consolidations quand les dents seules ont servi à la rétention des gouttières. La dilatation a évidemment été faite et bien faite ; mais la consolidation ostéo-fibreuse, très dense au niveau du plancher buccal, a amené l'évasement du maxillaire par la vestibulo-version des fragments droit et gauche. L'appareil de Jacquin, par ses gouttières profondes, par la possibilité de placer les attaches de la vis d'écartement à l'endroit le plus favorable, exerce son action sur le fragment maxillaire même et non sur les dents.

D'autre part, l'extrême indépendance qu'il laisse aux fragments permet à ceux-ci d'obéir à l'action des muscles et d'être remis en position d'équilibre, au fur et à mesure

de leur écartement. La vis étant mobile, suit le mouvement des lèvres, et, placée devant les fragments, elle n'irrite pas le plancher buccal.

M. Ruppe va vous indiquer à présent les détails de l'appareil qu'il a dû faire pour le jeune soldat E... Celui-ci a consolidé sa fracture avec une atrésie telle que son maxillaire inférieur est entièrement inclus dans la parabole du maxillaire supérieur ; mastication impossible.

En raison de son très mauvais état général, provoqué par une blessure du poumon, il est indispensable que ce blessé puisse mastiquer pendant le traitement dilatateur. M. Ruppe a établi sur ses gouttières des masses latérales en étain suffisantes comme surfaces de mastication, mais pas trop incrustées pour l'occlusion, de façon à ne pas s'opposer à l'écartement des fragments par la vis.

Voici enfin notre cinquième cas d'orthognathie tardive ; ici il ne s'agit pas d'une consolidation vicieuse plus ou moins ostéo-fibreuse ; le soldat C... est un mutilé analogue au soldat V... (voir plus haut le deuxième cas de prothèse tardive) que M. Ruppe vous montrait tout à l'heure. C... a subi, comme V..., l'autoplastie sur prothèse préopératoire ; il était parti en province avec sa prothèse définitive quand au bout de quelques mois une molaire du fragment droit devint douloureuse ; C..., au lieu de s'adresser à nous, enleva simplement sa prothèse, remettant à plus tard les soins qu'il se proposait de nous demander. Mal lui en prit, le fragment gauche s'est mis peu à peu en linguo-version irréductible et le tissu labio-lingual a subi une rétraction considérable.

Voici le dispositif que M. Ruppe a employé pour redresser le fragment gauche : le problème à résoudre était le suivant : un fragment inférieur gauche est maintenu en linguo-version par la rétraction musculaire et cicatricielle, il s'agit de la vaincre.

Quels points d'appui allons-nous trouver ?

Quel appareil employer ?

I. — *Appuis.* — D'une part les cuspides externes des molaires inférieures linguo-versées devront s'appuyer sur les cuspides externes des molaires supérieures ;

D'autre part la face linguale de ces molaires inférieures devra servir d'appui à la force qui va agir de bas en haut à ce niveau.

Pour ce faire, en haut est installée une prothèse inamovible très résistante avec, à gauche, une attelle palatine qui empêchera toute déviation vestibulaire à gauche du fragment inférieur ; en bas est scellée, sur ce fragment en linguoversion, une gouttière évidée présentant en dehors, dans le vestibule, une surface plane. Cette surface qui prolonge le plan triturant des molaires vient s'appuyer sur le bord externe cuspidien des molaires supérieures. En outre cette gouttière inférieure présente en dedans, prolongeant également le plan triturant des molaires, une plaquette linguale sur laquelle butera l'appareil redresseur.

Un guide lingual movible vient s'appliquer sur la face linguale de l'attelle palatine supérieure.

II. — *Appareil redresseur.* — Il est évident qu'une force agissant de bas en haut sur la plaquette linguale obligera le plan vestibulaire de la gouttière inférieure à buter sur le bord externe cuspidien supérieur et entraînera peu à peu le redressement du fragment.

Comment est constitué l'appareil redresseur ? Une masse en vulcanite à charnière avec ressort puissant, s'appuyant à droite sur le fragment inférieur maxillaire droit, à gauche sur la gouttière inférieure, immobilise dans le sens transversal les deux fragments.

Pour obtenir la pression verticale de bas en haut, cette masse à charnière présente à gauche un tube rectangulaire vertical ; dans ce tube glisse à frottement doux une tige rectangulaire ; à la partie supérieure de cette tige est soudé un tube emboîtant un fil rond prolongé par une surface étalée : cette dernière épouse très exactement la face linguale de la gouttière. Le système à glissière permet, par des petits carrés en caoutchouc interposés, d'allonger le

système redresseur vertical, au fur et à mesure du redressement du fragment.

III. — *La force* employée est celle des muscles élévateurs. C'est une force verticale; grâce aux plans d'appui, elle agit de *bas en haut* le long de la face linguale du fragment inférieur gauche et de *haut en bas* sur sa face vestibulaire.

Quant à mon dernier blessé, le soldat H..., il s'agit d'une fracture consolidée de la branche montante droite par balle de shrapnell enlevée dans la fosse ptérygoïde droite. Consécutivement : trismus qui disparaît en trois mois de traitement mécanothérapique : 10 millimètres d'ouverture au début, 35 millimètres actuellement.

Mais malgré la consolidation, malgré la guérison du trismus, H... présente à l'occlusion seulement une latéro-déviation gauche facilement réductible à la main. Contre cette déviation, j'ai fait établir par mon collaborateur Maisonneuve un guide vestibulaire movible.

Fracture à droite, déviation à gauche, donc « paradoxale » dit Cavalié, donc « logique » au contraire, dis-je à mon tour ; et la raison en est simple : la synergie musculaire n'existe pas encore et c'est l'action des muscles élévateurs du côté sain qui l'emporte.

Avec quelques exercices quotidiens mécanothérapiques et le guide movible, vous pouvez constater déjà l'amélioration qui se produit dans l'équilibre fonctionnel des muscles élévateurs à droite et à gauche.

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face

(Suite.)

Par MM.

Maurice Roy,
Président et chef du service clinique du Comité.

Paul Martinier,
Chef du service technique du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

Contention des fractures.

La *contention* des fractures est un point capital pour obtenir leur consolidation, et elle doit succéder à la réduction soit immédiatement, s'il est possible d'obtenir celle-ci extemporanément, soit tardivement après la réduction lente des fragments.

La contention peut être obtenue de diverses manières qui peuvent se diviser en trois catégories :

1° *La contention intra-buccale* qui peut être : *a. simple* si elle n'utilise comme point d'appui que la mâchoire fracturée, c'est le cas de la gouttière simple et des arcs et bandes d'Angle ; elle peut être : *b. inter-maxillaire* si elle utilise la mâchoire opposée tel l'appareil de Gunning et l'appareil à ailettes ;

2° *La contention externe* dont le type est représenté par les divers bandages et la fronde ;

3° *La contention bucco-externe* à laquelle appartiennent les appareils de Kingsley, de Martin, de Martinier, de Delair, pour n'en citer que quelques-uns.

Parmi tous ces procédés de contention des fractures des maxillaires, la pratique des blessures de guerre a confirmé les idées qui tendaient à prédominer depuis quelques temps et dont nous nous étions faits, nous personnellement, les défenseurs, à savoir la simplification de ces moyens de contention et l'emploi de simples gouttières scellées sur les

fragments préalablement réduits à l'exclusion de toute adjonction d'accessoires extra-buccaux. C'est la pratique



Fig. 29. — La fronde élastique que nous employons : la partie qui embrasse la mâchoire est une bande de caoutchouc épaisse cousue par ses extrémités à une calotte crânienne faite de fortes bandes de tresse entrecroisées. La bande qui va d'une oreille à l'autre peut être serrée au moyen d'une simple épingle de nourrice, comme on le voit sur le dessin, et permet d'augmenter s'il y a lieu la tension de la bande de caoutchouc. Celle-ci peut être placée sous le menton, comme dans la figure représentée, ou sur la pointe du menton suivant l'action que l'on désire obtenir. En vue d'une meilleure application de la force il est préférable de confectionner ces frondes directement sur chaque malade.

que nous avons suivie d'une façon constante depuis la guerre et, à part la fronde élastique, dans certains cas de fracture simple de la branche montante avec faible déviation facilement maintenue (fig. 29), *tous les appareils de*

contention de fracture que nous avons placés sur les nombreux blessés que nous avons déjà soignés ont été exclusivement intra-buccaux.

1. Contention simple.

Les gouttières de contention que nous employons sont le plus souvent en argent coulé, elles pourraient être en métal estampé ou en caoutchouc, sans inconvénient ; cependant, si les gouttières en caoutchouc sont moins coûteuses, elles exigent une plus grande épaisseur pour avoir la résistance nécessaire qui doit être assez grande pour immobiliser la fracture sans fléchir et leur stérilisation est moins facile que celle des gouttières en métal, d'autre part, la facilité et la rapidité d'exécution des gouttières en métal coulé, la perfection de leur moulage, leur rigidité nous ont fait donner la préférence à celles-ci. Comme vous avez déjà pu le constater un très grand nombre de nos appareils sont exécutés en métal coulé, procédé qui rencontre de nombreuses applications dans la prothèse chirurgicale des mâchoires.

Les gouttières que nous avons confectionnées tout d'abord étaient faites suivant les principes observés jusqu'alors pour ce genre d'appareils, c'est-à-dire qu'elles recouvraient l'arcade dentaire dans sa totalité y compris le niveau du foyer de fracture ; mais, dès les premières applications que nous fîmes, nous nous aperçûmes que cette manière de procéder n'était pas sans inconvénient avec des fractures comportant des pertes de substance étendues, à foyer largement ouvert, suppurant, avec de nombreuses esquilles se détachant secondairement. Il était indispensable que ces gouttières laissâssent les foyers de fracture très largement à découvert pour que leur désinfection pût se faire sans difficulté et que l'on pût de même, si besoin était, retirer les esquilles osseuses, les séquestres parfois étendus qui se détachaient par la suite. C'est pour ces raisons que nous avons modifié la forme des gouttières de contention et que, si elles continuent à recouvrir largement les fragments restants, elles passent en pont sous forme d'une barre métallique très épaisse, articulée

avec la mâchoire supérieure et absolument rigide au-dessus du foyer de fracture permettant ainsi le nettoyage parfait et les soins consécutifs de celui-ci. (Fig. 30 et 31).

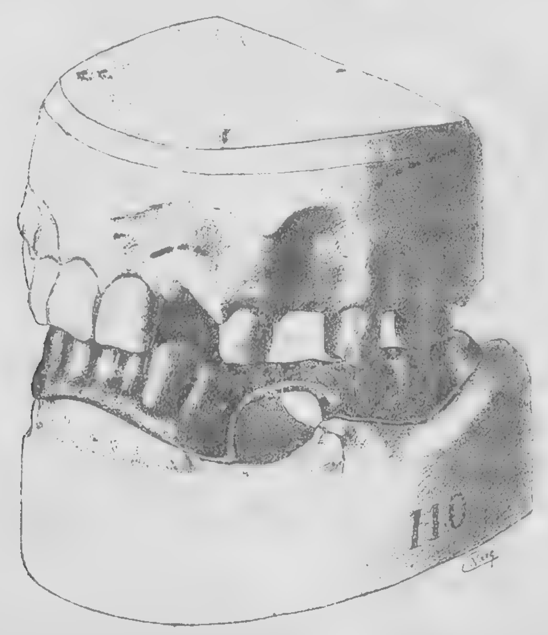


Fig. 30. — Gouttière en argent coulé pour fracture latérale du maxillaire inférieur avec perte de substance osseuse. L'appareil passe en pont au-dessus du foyer de la fracture et permet ainsi la surveillance et les interventions nécessaires à ce niveau.

Pour la contention des fractures, nous employons toujours des gouttières complètes et non pas des attelles (voir note, page 6), car ces dernières, outre leur rigidité moindre, se descellent très facilement ce qui nuit à la bonne immobilisation des fragments si favorable à la consolidation.

Il pourrait sembler à première vue que les attelles rétablissent mieux l'engrènement des dents que les gouttières, mais il n'en est rien puisque celles-ci, bien qu'elles recouvrent les dents, les immobilisent exactement dans la position donnée par la réduction et il suffit que ces gouttières soient articulées de façon convenable avec la mâchoire supérieure pour que l'occlusion soit maintenue parfaite après consolidation. C'est ce que nous observons chez tous nos blessés porteurs de gouttières.

Nous vous avons montré un certain nombre de ces gout-

tières de contention posées pour des fractures de siège divers, je vous présenterai maintenant un de nos blessés en cours de traitement *L... N° 382* qui est porteur d'un de ces appareils[1].

Nous vous avons montré tout à l'heure les difficultés que nous éprouvons pour soigner les blessés lorsqu'ils nous sont envoyés tardivement et les conséquences fâcheuses qui en résultent pour eux à tant de points de vue. Or ce blessé, qui présentait une lésion grave et étendue, est un exemple de ce que l'on peut faire et obtenir au contraire dans les fractures soumises rapidement à un traitement prothétique rationnel.

L... présente une perte de substance totale du maxillaire inférieur qui a été complètement détruit de la 1re prémolaire droite à la 1re prémolaire gauche par une balle qui est entrée du côté droit du maxillaire inférieur, en-dessous de l'angle de la mâchoire, et après avoir fracassé la partie médiane de celle-ci est sortie au côté gauche du menton en y déterminant une large plaie.

En outre des plaies cutanées, les lésions des mâchoires étaient donc graves ; mais cet homme, blessé le 17 mars, est arrivé dans notre service douze jours seulement après sa blessure et cela nous a permis, après une prise d'empreinte immédiate, de lui faire, quelques jours après, une réduction extemporanée typique de ses fragments déjà extrêmement déviés et de lui sceller, sans difficulté notable, la gouttière simple de contention qu'il porte actuellement (fig. 31) et qui immobilise ses fragments dans une position absolument parfaite. Cette gouttière, vous le voyez, est constituée à sa partie antérieure par une grosse barre d'argent, fondue avec la gouttière et articulée avec la mâchoire supérieure, qui passe en pont au-dessus du foyer de fracture aujourd'hui complètement cicatrisé ainsi que les plaies cutanées.

Mais il est, au sujet de ce malade, encore un point intéressant à signaler, c'est que, grâce à ce traitement précoce, nous pouvons espérer chez lui une régénération de la partie osseuse détruite si quelques lambeaux périostiques ont sub-

---

1. Le soldat *L...*, *N°* 382, a été soigné au Comité par M. S. Kritchewsky.

sisté dans la région intéressée. Cette régénération peut être escomptée chez cet homme car nous avons déjà quelques blessés sur lesquels nous avons obtenu cet heureux résultat et l'un de nous a présenté notamment à la *Société de chirurgie* un homme chez lequel nous avons obtenu une régénération complète de cinq centimètres de la branche horizontale

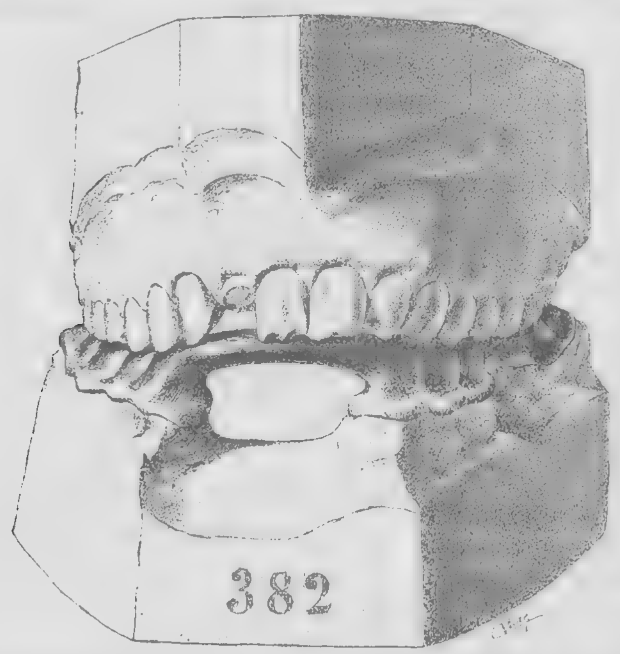


Fig. 31. — Gouttière en argent coulé pour fracture double du maxillaire inférieur avec perte de substance importante de la partie antérieure, soldat *L... N°* 382.

du maxillaire inférieur de la 1re prémolaire gauche à la branche montante du même côté. J'ai, d'autre part, à l'ambulance de l'Ecole Polytechnique, un blessé qui a présenté les mêmes lésions de la partie antérieure de la mâchoire que celui que je vous présente, destruction complète de l'os de la 1re prémolaire droite à la 1re prémolaire gauche avec complications particulièrement graves, le projectile ayant traversé le plancher de la bouche et le larynx et ayant été se loger finalement dans le poumon. Or cet homme a aujourd'hui, six mois après sa blessure, son maxillaire entièrement solide et reconstitué et, à part la perte des dents, il ne porte pour ainsi dire plus dans sa bouche de trace de la perte

osseuse qu'il avait faite. J'attends la guérison de ses lésions pulmonaires pour le présenter à la Société de chirurgie.

2° *Contention inter-maxillaire.*

Lorsque la fracture siège au niveau de la branche montante, la mâchoire se trouve déviée du côté fracturé ; au début, cette déviation est réductible assez facilement à la main mais la réduction doit être maintenue sous peine de récidive immédiate. Si la fracture est plus ancienne, la déviation est plus rebelle et il faut la réduire au moyen de la traction inter-maxillaire puis ensuite maintenir la mâchoire en bonne position.

Dans l'un et l'autre de ces cas nous utilisons, pour la contention, le système des ailettes latérales dont l'idée est due à Claude Martin, de Lyon et dont vous avez vu un exemple tout à l'heure chez *S... N° 228.* (Voir p. 108.)

Une gouttière est faite à la mâchoire supérieure et une autre à la mâchoire inférieure ; à ces deux gouttières sont fixées du côté opposé à la déviation des ailettes dont l'emplacement est déterminé sur les modèles préalablement articulés d'une façon correcte de façon à ce que l'ailette inférieuse glisse sur la face externe de l'ailette supérieure empêchant ainsi toute déviation de la mandibule (fig. 32).

Nous employons ce même moyen de contention dans les fractures siégeant à l'union de la branche horizontale et de la branche montante de la mâchoire ou dans les fractures siégeant en arrière de la dernière molaire restante du côté fracturé. Dans ces cas, comme dans la fracture de la branche montante, la mâchoire tend à se dévier du côté fracturé et l'on ne peut que très difficilement et d'une façon accessoire prendre point d'appui sur le fragment postérieur dépourvu de dent et qui tend à se dévier en avant et en dedans. On pourrait donner à ces fractures le nom de *rétro-dentaires* en considérant ici l'arcade dentaire dont l'existence est capitale dans la contention des fractures de la mâchoire.

La contention inter-maxillaire, précédée s'il y a lieu de réduction par ancrage inter-maxillaire, nous donne d'excellents résultats dans ce genre de fractures ; elle maintient

le fragment principal en bonne position et, grâce à la tendance du fragment postérieur à venir en avant et, par conséquent, en contact avec le fragment antérieur, la consolidation s'obtient en bonne occlusion s'il n'y a pas de perte de substance trop étendue ; dans cette dernière alternative,

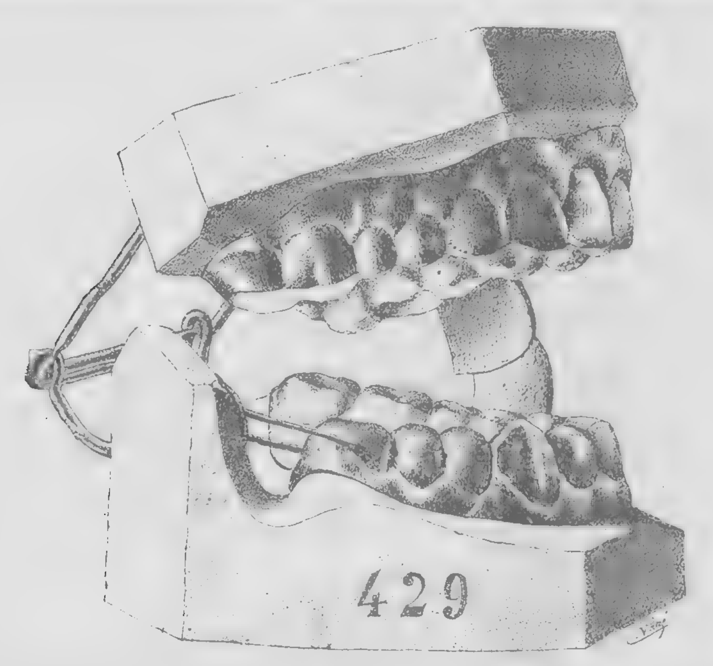


Fig. 32. — Gouttières à ailette pour contention inter-maxillaire appliquées pour une fracture *rétro-dentaire* de la mâchoire inférieure en arrière de la 1re grosse molaire droite, dernière dent de l'arcade chez ce blessé. Chacune de ces gouttières en argent coulé est munie du côté gauche (opposé à la fracture) d'une forte ailette en argent ; ces ailettes, que l'on voit sur la figure bouche ouverte, glissent l'une sur l'autre et maintiennent la bonne occlusion des arcades dentaires. A l'extrémité droite de la gouttière inférieure on remarque un ressort supportant à son extrémité une plaque de caoutchouc s'appuyant sur la branche montante pour empêcher sa déviation.

la guérison par pseudarthrose permet au moins d'avoir l'occlusion correcte du fragment restant ce qui facilite grandement la restauration masticatoire et esthétique faciale.

Les gouttières à ailettes sont d'excellents appareils de contention mais, point important à signaler, *elles ne sont pas des appareils de réduction,* il faut pour les appliquer dans de bonnes conditions que les fragments soient aisément réductibles ; elles trouvent du reste de nombreuses applications en dehors de celles que nous venons d'indiquer.

Réduction des brides cicatricielles

Les plaies par armes à feu, en raison des suppurations et des pertes de substances qui les accompagnent déterminent fréquemment des brides cicatricielles qui ont de graves inconvénients tant fonctionnels qu'esthétiques. Ces deux inconvénients se trouvent généralement combinés dans les plaies de la face qui intéressent la région des mâchoires aussi la réduction de ces brides cicatricielles présente-t-elle un grand intérêt.

Pour cette réduction nous employons divers procédés dont nous vous énumérerons succinctement les principaux.

Le procédé le plus simple consiste dans l'emploi d'appareils avec augmentation progressive de volume au moyen de l'adjonction de couches successives de gutta ; dans d'autres cas, nous pratiquons préalablement un débridement au bistouri avec excision du tissu fibreux et nous plaçons, *immédiatement après l'opération*, un appareil en caoutchouc préparé à l'avance, garni au besoin d'une couche de gutta-percha et qui vient remplir *complètement* la plaie en s'opposant à la réunion des surfaces cruentées qui sont ainsi forcées de s'épidermiser à plat. Nous employons également les appareils lourds suivant les méthodes préconisées par Claude Martin.

Dans certains cas particuliers, c'est à l'action de ressorts diversement combinés que nous demandons la force nécessaire à la réduction cicatricielle. Enfin, dans tous ces cas, nous adjoignons toujours au traitement le massage manuel ou vibratoire que veut bien pratiquer sur nos blessés M. Berg, qui s'est mis avec beaucoup de dévoûment à notre disposition et que je suis heureux de remercier ici de son gracieux concours.

Voici un premier blessé, le canonnier *P... N° 370*, qui a reçu un éclat d'obus dans la joue droite et qui présentait une cicatrice très déprimée, adhérente au maxillaire supérieur qui le défigurait beaucoup [1]. Nous lui avons placé un

1. Le canonnier *P...*, *N°* 370, a été soigné au Comité par M. Duz.

appareil en caoutchouc tenu au moyen des dents restantes à gauche et bien articulé avec les dents antagonistes et recouvrant la partie à dilater. Nous avons ajouté successivement des couches de gutta dure jusqu'à atteindre une épaisseur de 2cm. et, progressivement, les tissus se sont dilatés, assouplis et vous pouvez juger aujourd'hui, par comparaison avec la photographie primitive, des modifications heureuses que ce travail a eu pour ce brave garçon.

Chez le soldat *P... N° 435*, il y a eu fracture de la mâchoire inférieure, perte de substance à la partie antérieure et adhérence de la lèvre inférieure au bord alvéolaire qu'elle recouvrait complètement rendant tout travail prothétique impossible et déformant considérablement le menton [1]. Un appareil simple comme celui du malade précédent ne pouvait être appliqué, il fallait débrider au bistouri et libérer complètement la lèvre ; l'opération était assez facile, mais il fallait empêcher les tissus de se réunir à nouveau. Pour cela, sur un modèle en plâtre de la bouche on a gratté les parties qui devaient être sectionnées et on a confectionné sur ce modèle un appareil entièrement en caoutchouc remplissant la brèche ainsi obtenue. Le débridement très large effectué et après excision des parties fibreuses de la plaie, cet appareil a été immédiatement appliqué en y ajoutant une couche de gutta pour combler exactement la brèche obtenue. L'appareil est enlevé tous les jours, la plaie lavée puis détergée à la teinture d'iode et vous voyez que l'épidermisation se poursuit dans ces conditions très satisfaisantes. Nous avons maintenant un bord de maxillaire complètement libre et nous allons pouvoir dans quelques semaines confectionner à cet homme un appareil dans des conditions normales rétablissant la mastication et l'esthétique qui sera absolument parfaite ; vous remarquerez toutefois qu'actuellement nous avons intentionnellement exagéré un peu la dilatation de la lèvre pour compenser la rétraction secondaire qui pourrait se produire. *(A suivre.)*

---

1. Le soldat *P... N°* 435, a été soigné au Comité par M. Jeay.

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du dimanche 16 avril 1916.

Présidence de M. Jeay, président,

La séance est ouverte à 10 heures.

M. le Président. — Nous avons reçu une lettre de M. Roussel, vice-président de la Société d'Odontologie, qui, de service aujourd'hui à l'Ambulance Américaine, s'excuse de ne pouvoir assister à notre séance, comme il le fait d'habitude.

J'ai également reçu une lettre de M. Roy, qui a été obligé de s'absenter. Il avait été nommé rapporteur de la question mise à l'ordre du jour : « De la conduite à tenir au sujet des dents voisines d'un trait de fracture ». (Il donne lecture de cette lettre.)

I. — Traitement chirurgical des pseudarthroses par les greffes autogènes, par M. le prof. Cavalié.

M. le Président. — Nous avons à l'ordre du jour une communication de M. le prof. Cavalié, de Bordeaux.

Je pense absolument inutile de vous présenter M. le prof. Cavalié, qui a toujours été un de nos plus dévoués collaborateurs et un des plus grands amis des odontologistes.

Sur notre demande, M. Cavalié a eu la grande complaisance de s'imposer un véritable sacrifice aujourd'hui : entre deux trains, venant de Bordeaux, il présente la communication qu'il a donnée dernièrement à l'Académie de médecine.

M. le prof. Cavalié donne lecture d'une communication sur ce sujet, que nous publierons ultérieurement.

Discussion.

M. le Président. — Vous venez d'entendre la remarquable communication du distingué professeur Cavalié.

L'attention avec laquelle vous l'avez écouté lui montre l'intérêt que chacun de vous a attaché à cette communication.

Je vais donner tout à l'heure la parole aux membres qui la demanderont soit pour avoir quelques renseignements complémentaires, soit pour discuter cette communication.

J'aperçois en ce moment dans la salle un confrère auquel un excellent souvenir se rattache, je veux parler de M. Georges Lemerle.

Vous savez tous que Georges Lemerle a été blessé très griève-

ment ; il s'est distingué d'une façon tout à fait brillante pendant les combats du début de la guerre, en 1914. Il a été cité à l'ordre de l'armée et a été décoré de la Légion d'honneur.

Je suis heureux de le voir parmi nous complètement guéri et capable d'y reprendre ses travaux.

Georges Lemerle, je vous remercie, au nom de tous nos confrères, d'être venu au milieu de nous aujourd'hui. Je suis heureux aussi de saluer en vous un de nos plus vaillants combattants auxquels nous devons tant (*Applaudissements prolongés*).

M. Frey. — Au point de vue du déséquilibre de l'articulation je n'ai pas très bien compris et je voudrais bien avoir de vous quelques renseignements complémentaires.

Quand vous disposez votre greffon, vous laissez la bouche entr'ouverte, d'après ce que je crois comprendre...

M. le prof. Cavalié. — Nous la laissons entr'ouverte tantôt franchement, tantôt seulement du côté non blessé. Ce n'est pas à propos de la greffe que nous faisons cela. Le déséquilibre vertical est quelquefois, en effet, nécessaire. Lorsqu'il y a une petite perte de substance de l'angle ou de la branche montante, il faut rapprocher les fragments du côté.

Nous plaçons un trépied entre les deux arcades, du côté non fracturé ; un autre trépied plus court en avant. Du côté fracturé, pas de trépied. Il y a naturellement un déséquilibre dans la consolidation. A la fin le blessé a des mouvements obliques, mais il ferme normalement la bouche, il y a simplement une déviation très légère à l'ouverture. Il se produit en somme un raccourcissement de l'angle qui détermine forcément à l'ouverture une déviation du côté blessé.

D'autres fois nous faisons le ficelage la bouche franchement ouverte, avec une ouverture interincisive d'un, 2, 3 ou 4 millimètres, pas plus, de manière à supprimer le croisement des incisives supérieures et inférieures.

Enfin dans d'autres cas, nous faisons le ficelage la bouche fermée en occlusion aussi normale que possible.

Enfin il peut arriver que le croisement des incisives soit normalement inversé avant la blessure avec progénie inférieure. Dans ce cas, le ficelage la bouche fermée entraînerait une tendance à écarter les fragments entre eux, ou, dans une fracture latérale postérieure, à écarter les fragments du greffon. Force est alors d'appliquer un arc non d'expansion, mais de rétraction sur l'arcade inférieure avec ficelage contre une gouttière ou un arc supérieur la bouche ouverte ou entr'ouverte.

M. Frey. — Par conséquent, vos greffes autogènes, vous les faites la bouche ouverte.

M. Cavalié. — Oui, mais pas beaucoup.

M. Frey. — Bouche entr'ouverte, ceci est très important parce que nous savons que les fragments se rapprochent à l'ouverture et s'éloignent à la fermeture et que par conséquent le greffon est toujours exposé soit à ballotter, soit à être coincé. C'est pour cela que l'appareil à bielle, qu'est en train de vulgariser notre ami G. Villain, nous rendra les plus grands services pour protéger le greffon pendant les mouvements de la mâchoire.

L'autogreffe que fait le professeur Cavalié pour la mâchoire se pratique depuis longtemps pour les os longs. Je viens même de lire une observation d'autogreffe par glissement pour une perte de substance de la voûte crânienne. Il y a donc là un procédé de chirurgie générale et il n'y avait aucune raison pour qu'il ne fût pas appliqué aux mâchoires.

Je félicite Cavalié d'avoir le premier en France fait cette application. Ce sont également les mêmes principes qui s'appliquent *au maintien, puis à la protection* du greffon, qu'il s'agisse d'un greffon sur les os longs ou sur le maxillaire inférieur.

Pour que l'opération réussisse dans le présent et dans l'avenir, il est indispensable que le greffon soit d'abord maintenu bien immobilisé, puis que plus tard et pendant des mois, il soit bien protégé. Il ne faut abandonner le greffon à lui-même que quand, par l'examen radioscopique, après plusieurs mois, la densité osseuse du niveau de la greffe est à peu près la même que le reste de l'os.

J'ai à demander enfin un renseignement complémentaire au Dr Cavalié.

Comment, par la radiographie, pouvez-vous suivre l'évolution du greffon ? Vous savez combien elle nous renseigne mal sur l'état des tissus osseux jeunes. C'est ainsi qu'il n'est pas possible de se rendre compte des progrès dans la densité d'un cal, à plus forte raison, ce me semble, des progrès dans la prise osseuse d'un greffon.

M. Cavalié. — C'est en effet très difficile. Les épreuves radiographiques ne signifient rien si l'on examine un seul cliché. Il faut suivre une série de clichés. M. Ferrand a vu avec moi des milliers de clichés depuis un an. Eh bien, M. Ferrand vous dira comme moi que nous apercevons la consolidation qui commence!

Il y a toujours un trait de fracture, mais à l'œil on se rend compte comment cela évolue. Nous interprétons 10, 20, 30 clichés. Nous discutons et nous arrivons à reconnaître l'état de la fracture sur les radiographies.

La formation d'une soudure entre les fragments s'accuse par de simples apparences, par des nuances, pas des estompages qui se produisent entre les 2 fragments en contact.

Quand il s'agit d'un greffon osseux interposé dans une brèche osseuse entre les deux fragments osseux, il apparaît clair, transparent les premiers jours qui suivent l'opération. Il semble que ce greffon soit en état de moindre nutrition. Mais peu à peu des anastomoses vasculaires s'établissent et déjà, au bout de quinze jours, le greffon devient plus opaque. En même temps quelques travées d'amorce d'union sont aperçues entre le greffon et les fragments de la fracture.

L'écran radioscopique fournit aussi de précieux renseignements sur les rapports du greffon avec les fragments.

Mais le point capital est la comparaison des épreuves radiographiques avec l'examen clinique objectif de l'état du maxillaire et avec l'interrogatoire du blessé.

Les appareils sont enlevés extemporanément pour quelques instants au bout du vingtième jour par exemple ; la palpation, les mouvements doux provoqués permettent de constater que la pseudarthrose n'existe plus. Pendant les mouvements d'ouverture et de fermeture exécutés par le blessé, les 2 condyles et les 2 branches montantes se déplacent uniformément comme s'il n'y avait jamais eu de fracture. Le blessé accuse un certain bienaise et sent dans le maxillaire inférieur une force ou puissance masticatrice, encore faible, mais indéniable.

J'ai été heureux de faire constater ces premiers résultats lors de la visite successive en mars 1916 de deux Médecins Inspecteurs en tournée d'inspection. Je tiens à ajouter que, contrairement à ce que vient de dire M. Frey, les greffes osseuses autogènes par greffons pris sur place ont été faits et réalisés par moi pour la première fois, et que jamais aucune méthode ni résultat n'a été connu ni publié jusqu'ici concernant ce genre de greffes osseuses appelé par le bon sens et par la pratique à révolutionner la chirurgie osseuse.

M. Frey. — Je remercie infiniment le professeur Cavalié pour les renseignements intéressants qu'il vient de nous donner. Voulez-vous me permettre à présent, messieurs, d'ajouter quelques mots à l'allocution adressée tout à l'heure par notre président Jeay au Dr G. Lemerle ?

Bien avant cette guerre, Georges Lemerle a fait une thèse de pathologie expérimentale, que vous connaissez tous, sur les inclusions dans les tissus de métaux variés comme espèces, formes et dimensions. Vous vous rappelez ses conclusions : immobilisation parfaite et asepsie.

Ne sont-ce pas ces deux principes qui nous guident aujourd'hui dans la pratique des greffes ?

Bien avant cette guerre, G. Lemerle publiait dans la Revue

d'Odontologie une observation de fracture du maxillaire inférieur, dont il réduisait le grand fragment par la force intermaxillaire. C'était la première application de cette force dans un but d'orthognathie.

Vous savez tous les services qu'elle nous a rendus dans nos traitements de restauration faciale, au Val-de-Grâce, où dès mon arrivée je l'ai fait appliquer par mes élèves venus de Bicêtre, à l'Ecole dentaire de Paris, à Lyon, dans tous les centres.

Voilà ce qu'a fait G. Lemerle pour le progrès de notre profession dans la chirurgie de guerre. Pour la gloire de notre corporation, vous rappellerai-je sa brillante conduite de soldat dès le début des hostilités, ses blessures, sa croix d'Honneur, sa croix de Guerre avec deux palmes ?

Il m'est particulièrement agréable, dans cette réunion confraternelle de lui dire la haute estime de nous tous et aussi la profonde affection de son vieux patron.

M. Blot. — Je demanderai à notre confrère Cavalié si son procédé de greffe osseuse peut être appliqué spécialement à deux cas particuliers, d'une part, aux fractures de la région juxta-symphysaire et, d'autre part, aux fractures doubles des angles qui sont, je crois, extrêmement délicates.

M. Cavalié. — Pour les fractures juxta ou para-symphysaires, la difficulté n'existe pas. Les lambeaux osseux pris sur la symphyse ont, pour des raisons que je ne connais pas, une résistance extraordinaire. Dans les fractures de la symphyse il y a quelquefois 10, 15 morceaux très isolés. On fait l'immobilisation et cela suffit.

Pour les fractures doubles, c'est une autre question : je n'en ai jamais eu. Je n'ai jamais traité ou fait de greffe double. Cela peut se présenter : je n'hésiterai pas à opérer comme je l'ai dit, je ne sais pas ce que cela donnerait.

Si des cas de ce genre se présentaient à moi, je demanderai conseil à des prothésistes. D'ailleurs en toutes circonstances nous réunissons nos conceptions et nous tâchons d'en tirer des conclusions favorables à l'intérêt du blessé.

M. Fr. Ferrand. — Tout à l'heure M. Frey demandait à M. le professeur Cavalié la raison pour laquelle il provoquait, en cours de traitement, la déviation du maxillaire inférieur sur plan vertical par les trépieds dans les cas de greffes autogènes ou de fracture du maxillaire inférieur au niveau de l'angle.

Je répondrai que ce que nous cherchons dans certains cas de fracture avec perte osseuse peu étendue c'est le rapprochement total ou partiel des fragments pour permettre le contact et la création d'un cal. Ce cal subit ensuite une distension lente et

progressive qui permet le rétablissement de l'arc mandibulaire, rétablissement qu'il ne faut jamais perdre de vue.

M. Frey demandait aussi par quel contrôle nous pouvions être assurés de l'état de consolidation, la radiographie, d'après lui, ne permettant pas d'obtenir une certitude. Nous faisons l'examen radiographique sur une série de clichés exécutés à intervalles de 15 jours, d'un ou de deux mois, et toujours avec la même incidence, de face et de profil ; cette méthode d'examen nous permet de constater d'une façon précise les différentes phases de la consolidation. L'examen radioscopique et radiographique est toujours fait en même temps que l'examen clinique.

Dans les cas d'autogreffes il n'est pas encore question de distension du cal, les premières opérations étant encore trop récentes.

M. L. Mousis. — Je crois que tout à l'heure on n'a pas bien mis au point cette question du déséquilibre vertical.

M. Frey a demandé pourquoi on déséquilibrait ; nous ne déséquilibrons que les fractures de l'angle.

Dans ces cas, en effet, si l'on pratique le ficelage en position normale des arcades dentaires, le fragment postérieur (la branche montante) qui n'est pas maintenu en position par le ficelage est généralement ramené en haut par la traction des muscles masticateurs.

Un écart persiste entre le bord postérieur du fragment antérieur, et le bord antérieur du fragment postérieur.

M. Cavalié a pensé résoudre cette difficulté en maintenant la bouche entr'ouverte dans une position qui serait telle que les deux bords de fracture seraient plus rapprochés. Alors on interposera entre les maxillaires supérieur et inférieur de petits trépieds de manière à faire basculer la partie du maxillaire inférieur ayant son angle intact dans les conditions les plus favorables.

C'est ainsi que du côté où nous n'avons pas de fracture nous mettons un trépied hauteur zéro, c'est-à-dire pas de trépied. Du côté de la symphyse nous plaçons un trépied hauteur 2, 3, suivant la perte de substance pour arriver à placer un trépied de 6 millimètres du côté opposé à la fracture. On ficelle ainsi le maxillaire inférieur dans une position oblique qui permet au bord postérieur du fragment antérieur de se rapprocher du bord antérieur de l'autre fragment.

Lorsqu'on a constaté la consolidation, on remplace les divers trépieds par d'autres plus petits, jusqu'au moment où on peut ficeler la mâchoire dans une position normale.

M. le président. — Employez-vous systématiquement le procédé de ficelage dans tous les cas ?

M. Cavalié. — Le ficelage est important, mais il est surtout

indiqué dans les fractures anciennes et latérales ou postérieure.

Si le ficelage peut à la rigueur ne pas être employé, ce ficelage joint à l'immobilisation par des arcs et par des appareils de contention vient se surajouter à la puissance des appareils de contention.

M. le président. — Dans une séance précédente, M. Hayes et ses collègues nous ont présenté des cas de greffes osseuses extrêmement intéressants qui n'avaient dû leur consolidation qu'à l'application d'un appareil prothétique, plus le ficelage.

M. Godon. — Vous voyez combien la communication de notre confrère Cavalié est intéressante, combien elle a soulevé de questions dignes de retenir toute notre attention.

J'ai entendu avec plaisir des collègues compétents nous faire connaître leurs avis. Je voudrais dégager d'autres questions également intéressantes que soulève cette communication.

Notre confrère Cavalié nous a indiqué tout à l'heure, après sa communication, quels devraient être les rapports du chirurgien et du chirurgien-dentiste dans cette question du traitement des fractures du maxillaire et des greffes osseuses

Je veux souligner ce point particulièrement intéressant.

Notre confrère Cavalié est dans une situation tout à fait spéciale qui lui a permis de nous tracer un véritable programme du service de prothèse maxillo-faciale. Il est très important d'appeler votre attention sur ce point des conclusions de Cavalié qui prévoit la collaboration immédiate, la collaboration quotidienne, journalière du chirurgien et du chirurgien-dentiste.

Croyez bien que cette question est tout à fait à l'ordre du jour.

Nous avons vu avec regrets dans certains milieux, dans certaines administrations des pouvoirs publics, un malentendu, une équivoque se créer, qui a donné lieu à des petits incidents dont tout le monde souffrait et particulièrement nos malheureux blessés, nos malheureux soldats. Dans les conclusions de Cavalié je vois les moyens de dissiper ces malentendus, comme nous en avons dissipé bien d'autres depuis le commencement de la guerre. Je vois les moyens de faire comprendre à nouveau aux pouvoirs publics combien le chirurgien-dentiste est utile, est nécessaire. Les pouvoirs publics en ont convenus en partie, à l'occasion des décrets militaires, mais cela n'a pas été sans peine. Enfin ils ont compris tout de même la nécessité du concours constant des chirurgiens-dentistes avec les chirurgiens dans le traitement des blessures de la face.

Je suis heureux aujourd'hui, après avoir entendu notre président féliciter notre ami Georges Lemerle du dévouement dont il

a fait preuve à l'armée en y servant non seulement comme médecin, comme dentiste, mais aussi comme un vaillant soldat, je suis heureux, dis-je, de constater que les pouvoirs publics ont fini par comprendre l'utilité des services du chirurgien-dentiste au cours de cette grande calamité nationale qu'est la guerre actuelle.

Je vois avec plaisir aujourd'hui un certain nombre de nos collègues et collaborateurs du Corps enseignant de l'Ecole arborer sur leur col et sur leurs manches avec les insignes de leur nouveau grade les marques de la reconnaissance des pouvoirs publics pour les services du chirurgien-dentiste.

Je profite de l'occasion qui m'est ainsi offerte pour les féliciter tous au nom de l'Ecole dentaire qui a beaucoup travaillé pour ce résultat. Je dis au nom de l'Ecole dentaire qui a beaucoup travaillé, mais je signale à votre attention ceux qui se sont particulièrement dévoués dans cette lutte pour vous faire obtenir la reconnaissance de vos services comme Blatter, G. Villain, etc. En premier lieu je citerai notre ami Blatter, directeur adjoint de l'Ecole, qui, grâce à ses relations personnelles et grâce aussi à son très grand dévouement, a pu par la promulgation des deux décrets obtenir la réalisation d'une réforme que nous aurions peut-être attendue 10 ans encore.

Si l'on doit cette réforme au dévouement de quelques-uns, on la doit aussi au travail de tous les chirurgiens-dentistes qui ont compris — et cela a été un mot d'ordre général — que c'était avant tout par les services qu'ils rendraient dans l'armée qu'ils obtiendraient satisfaction. Tout le monde s'y est mis. Si nous voulions citer tous ceux qui ont travaillé ainsi à cette réforme, nous devrions citer tous les chirurgiens-dentistes qui partout dans l'armée et au front même ont ajouté à leur devoir militaire tout leur savoir professionnel.

On doit aussi ces résultats aux soldats, aux officiers et aux généraux qui ont souffert d'affections dentaires dans cette guerre de tranchées, et qui ont ainsi gagné l'opinion publique à notre cause.

Cette reconnaissance de nos services — et c'est par ces derniers mots que je voudrais finir — c'est la reconnaissance de l'utilité de la dentisterie et de la prothèse dentaire. Mais c'est surtout à la prothèse dentaire que vous devez la situation militaire que vous détenez actuellement.

C'est donc en l'honneur de la prothèse que je veux terminer, car c'est sur ce terrain que les dentistes ont été considérés indispensables par le Service de santé. C'est sur ce terrain là qu'ils ont acquis jusqu'à présent leur émancipation, c'est surtout sur ce terrain, là encore, qu'ils la complèteront dans l'avenir. Car

ce que nous avons obtenu n'est qu'une première étape, ce n'est pas suffisant. Ce n'est pas le grade d'adjudant que nous avons voulu : nous l'acceptons comme un début. Dans la bataille on gagne d'abord 50 mètres, puis 500 mètres, un kilomètre, mais ce n'est pas encore la victoire, il faut persévérer.

Nous avons reçu il y a un mois dans un petit banquet un de nos confrères canadiens, le capitaine Nolin, chirurgien-dentiste à Montréal. Ce confrère du grade de capitaine avait au-dessus de lui un autre officier qui dirigeait le service autonome des chirurgiens-dentistes de l'armée canadienne avec le grade de lieutenant-colonel.

C'est toute l'autonomie dentaire que vous avez poursuivie dans l'enseignement, c'est toute l'autonomie dentaire dans le service militaire que vous devez obtenir à présent, avec les grades d'officiers correspondants à chaque fonction.

Nous avons atteint une première étape : ceux qui viendront après nous atteindront la suivante.

Je dis ceux qui viendront après nous, car malheureusement pour la réalisation de toute réforme il y a un facteur qu'il ne faut pas oublier, c'est le temps.

Pour gagner la place que vous avez obtenue dans l'enseignement il a fallu 30 ans d'efforts. Pour obtenir la création du dentiste militaire avec le grade d'adjudant, il a fallu 25 ans.

Comme vous le voyez, tout vient cependant à temps pour qui sait attendre, à condition de continuer les efforts nécessaires avec persévérance et sans se décourager. *(Applaudissements).*

M. le président. — M. Godon vient de vous dire, dans des termes plus qualifiés que je n'aurais certainement pu le faire moi-même, notre pensée à tous. Il est certain que le dentiste agit sur un terrain où il est absolument imbattable : je veux parler de la prothèse.

Il est certain aussi que dans l'intérêt même de nos blessés il faut qu'entre le chirurgien-dentiste et le chirurgien l'union soit complète.

Je pourrais vous citer le cas d'un habile chirurgien, d'un bistouri réputé qui n'a pas pu s'éviter certains insuccès. J'ai à ce propos des documents. J'ai vu de mes yeux et j'ai senti de mes mains des greffons qui se promenaient dans la mâchoire de ses opérés au bout de quelques semaines parce que, quoique très habile, le chirurgien dont je vous parle avait refusé systématiquement la collaboration d'un prothésiste.

Il me reste à remercier encore une fois M. le Prof. Cavalié de sa très intéressante communication d'une part et de son dévouement d'autre part, parce que cela a été un acte de dévouement

de venir de Bordeaux nous apporter le résultat de ses travaux.

M. Blatter. — Je ne voudrais pas quitter cette séance sans rendre publiquement hommage, sans témoigner notre reconnaissance aux hommes qui m'ont aidé et m'ont donné leur puissant appui pour réaliser la réforme dont on vient de vous entretenir.

Je citerai notamment M. le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, M. Justin Godart, qui fut entièrement favorable aux dentistes. Lors de la première entrevue que j'ai eu l'honneur d'avoir avec lui au Lycée Michelet M. Justin Godart a conclu que les chirurgiens-dentistes pouvaient rendre de précieux services à l'armée et devaient occuper dans le Service de santé une situation militaire bien définie. Aussi a-t-il tenu ses promesses en créant le *dentiste* militaire.

Un hommage doit être également rendu par nous à l'homme qui a enlevé la position, à M. le ministre de la Marine, l'amiral Lacaze. M. le ministre de la Marine a dit en présence de M. G. Villain, lorsqu'il a eu connaissance des difficultés rencontrées à la Guerre: « Je vais faire un décret ». Lorsqu'il en eut fait part à M. Godart, la cause s'est trouvée gagnée.

Tout le mérite de cette réforme revient à la profession qui a travaillé pour cela. Nous avons été très forts dans nos revendications à partir du moment ou nous avons pu montrer des faits précis, réels, palpab'es, tangibles de l'utilité du dentiste. Dans ces conditions mon rôle personnel était très facile et, je vous le répète, le mérite de la réforme obtenue revient à vous tous.

M. le président. — Notre séance d'aujourd'hui a été un peu longue, mais je m'empresse de dire que nous avons été très heureux de donner tout notre temps à M. le Prof. Cavalié. Etant donnée l'heure avancée, nous ferons, si vous le voulez bien, une petite infraction à notre ordre du jour.

Vous savez que, fidèles au programme que nous nous étions tracé, nous voulions mettre à notre ordre du jour les questions pratiques, en nommant un rapporteur et en discutant ces questions.

Vu l'heure nous sommes obligés de remettre cette discussion à la prochaine séance, qui aura lieu très probablement en mai.

Nous allons donc passer à la présentation des différents malades, de M. Frey et de M. Villain.

II. — Présentation de malades par M. le Dr Frey.

Je vous présente un grand mutilé avec son appareil de prothèse anté-opératoire. Il a perdu tout le corps du maxillaire inférieur, il ne lui reste à droite que la portion de la branche horizontale

supportant les trois grosses molaires et à gauche une portion égale de la branche horizontale mais absolument édentée.

En même temps que le corps mandibulaire ont disparu les parties molles.

Ce blessé ne m'est arrivé qu'après avoir traîné un an dans différents services.

Voyez la rétraction cicatricielle qui lui bride le vaste hiatus squelettique provoqué par le traumatisme.

L'autoplastie que va pratiquer M. le Prof. Walther devra être guidée par une prothèse. Mais comment faire une prothèse suffisamment immobile, puisque comme ancrage il n'y a de molaires qu'à droite ?

Ici permettez-moi une parenthèse ; dans ces grands traumatismes du corps de la mâchoire, plusieurs cas peuvent se présenter au point de vue prothèse :

1) Les deux branches horizontales possèdent des dents ;
2) Une seule branche horizontale en possède ;
3) Aucune branche n'en possède.

Dans le 1er cas la prothèse trouve son ancrage sur les dents de droite et de gauche.

Dans le 2e cas, la prothèse est obligée de chercher son ancrage sur le maxillaire supérieur.

Enfin dans le 3e cas l'ancrage ne peut être qu'unilatéral. Ici M. Ruppe fait l'appareil en deux parties : l'une pour l'ancrage est inamovible, scellée sur les dents restantes ; l'autre est movible s'accrochant à la première.

Voyez pour le blessé que je vous présente, la gouttière d'ancrage elle est scellée sur les d.$^{6.7.8}$. Sur sa face mésiale cette gouttière présente un *logement* pour une queue d'aronde et un butoir ; la queue d'aronde empêchera les mouvements latéraux, le butoir empêchera les mouvements verticaux de la portion movible.

Celle-ci représente toute la portion absente du corps maxillaire et elle s'applique à la face linguale du moignon maxillaire gauche.

Elle présente à droite la queue d'aronde et le ressort plat qui articulent dans le « logement » de la gouttière inamovible.

Enfin cette masse squelettique movible est elle-même divisée en deux parties, l'une basale, qui, en forme d'U, donne le modelé du menton, l'autre labiale venant s'enfoncer par deux tenons dans l'excavation de l'U. Cette portion labiale peut être retirée à volonté pour les nettoyages de la bouche.

Le blessé présenté par M. le Dr Frey est examiné par les membres présents.

III. — Présentation d'appareils par M. Villain.

M. G. Villain présente, au nom de ses collaborateurs du Dispensaire militaire de l'Ecole dentaire de Paris, une série d'appareils de restauration fonctionnelle et esthétique.

Les moulages de la bouche et de la face avant et après restauration montrent les résultats heureux obtenus par des moyens prothétiques simples. Un choix de ces déviations variées tant d'intensité que de direction est présenté pour démontrer les indications précises des divers procédés employés : engrènement spécial des dents artificielles, guides à ailettes, guides à plan incliné, surfaces occlusales de compensation, bielle, butoir, etc.

M. le président remercie au nom de la Société MM. Frey et Villain.

La séance est levée à midi.

RÉUNION DENTAIRE MILITAIRE DU CENTRE DE STOMATOLOGIE DE BORDEAUX

Séance du 16 février 1916.

I. — Nouvelle disposition de gouttière métallique ajourée composée de deux parties, pour le traitement des fractures des maxillaires (troisième temps de la méthode des trois temps), par MM. Cavalié et Huguet.

Le troisième temps prothétique consiste à contenir en bonne place les fragments réduits pour obtenir une consolidation.

Dans les fractures réduites non consolidées de la symphyse et de la branche horizontale, les gouttières en vulcanite ou en métal qui ne contiennent que l'arcade sont insuffisantes parce qu'elles n'immobilisent pas assez les fragments osseux sous jacents. Voilà pourquoi les auteurs ont construit et emploient une gouttière de contention plus étendue qui comprend :

1° Une gouttière coronaire estampée sur l'arcade;

2° Une forte tige de fil rond ou ovale qui parcourt le fond du vestibule supérieur ou inférieur.

3° *a*) Une forte tige de fil rond qui parcourt le sillon alvéolingual pour les fractures du maxillaire supérieur.

b) Deux fortes tiges de fil rond ou ovale (en croix) pour le palais dans les fractures du maxillaire supérieur ;

4° Des tiges soudées à la gouttière par des tiges verticales.

L'appareil bien construit tient en place par adaption étroite.

Mais on peut fixer par deux vis latérales de rappel, ou bien, à la rigueur, par cimentation de la gouttière coronaire.

II. — Cas de fracture de la branche montante consolidée sans le secours d'appareils prothétiques, par M. Coronado.

Dans les fractures de la branche montante il suffit de faire l'immobilisation pour obtenir la consolidation. L'auteur signale un blessé porteur d'une fracture de la branche montante consolidée avec constriction des mâchoires qui n'a pas été traitée. L'immobilisation des fragments paraît avoir été réalisée par les muscles contracturés.

III. — Crise épileptiforme provoquée par la compression d'une gouttière de contention sur les fragments d'un maxillaire inférieur fracturé, par M. Duprat.

L'auteur relate un accident consécutif à l'application douloureuse de gouttières sur le maxillaire et indique les phénomènes successifs par lesquels le blessé a passé avant d'avoir sa crise.

IV. — Fracture double collatérale du maxillaire inférieur, par M. Davy.

L'auteur présente une observation sur un blessé porteur d'une double fracture collatérale linéaire avec déplacement en linguo-version du fragment médian. La déviation du fragment médian avait été déterminée par l'application défectueuse d'un coin pour abaisser le fragment fortement surélevé. L'auteur indique les différentes applications des appareils.

V. — Le problème des militaires édentés inaptes, par M. Ferrand.

L'auteur, à la suite d'une étude de statistique concernant les édentés en France, émet le vœu :

1° Que les militaires édentés, au nombre de plus de 50.000 soient traités dans des conditions telles qu'ils puissent recevoir tous les soins et appareils que nécessite l'état de leur bouche ;

2° Que par l'octroi d'une permission de trente jours pour cicatrisation des gencives après extraction, l'Etat réalise 2.000.000 de francs d'économie ;

3° Que si l'on utilise 250 mécaniciens et 150 chirurgiens-dentistes, en quatre mois les 50.000 bouches seront restaurées.

VI. — Ficelage la bouche ouverte. — Procédé des trépieds a glissement, par M. Hugues.

L'auteur présente un dispositif pour l'application du ficelage

la bouche ouverte. Cet appareil comporte des trépieds à hauteur variable.

M. Cavalié fait observer que le ficelage est employé au Centre de Bordeaux la bouche fermée ou la bouche ouverte à différents degrés suivant les indications radioscopiques. Les résultats sont excellents au bout de un mois, quarante cinq jours au plus.

VII. — Sur les constrictions des machoires, par M. Lasnier.

L'auteur indique que le nombre des constrictions des mâchoires parmi les blessés de la guerre est assez élevé. Il donne quelques indications sur différents traitements. Toutefois, il y a nombre de simulateurs parmi les contracturés. Il préconise la mastication d'aliments durs comme traitement ; d'autre part le simulateur peut être décelé par une excitation de la gorge qui a donné d'excellents résultats, à M. Ferrand à l'hôpital de Talence.

VIII. — Les gouttières a languettes dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur (premier temps), par MM. Mousis et Duchange.

M. Mousis, envisageant la première partie du problème, spécifie les cas où il est possible de ne pas utiliser les gouttières, et propose l'emploi de l'arc d'Angle modifié en arc à grille, que l'on pourrait assujettir même sans bagues au moyen de ficelage. Il signale l'avantage qu'il y aurait à vulgariser ce moyen de contention d'urgence, utilisable jusque dans la tranchée et sur le champ de bataille.

M. Duchange étudie la seconde partie du problème ; établit les cas où il est impossible de se passer de gouttière, et présente une nouvelle gouttière à languettes pour le traitement des fractures au premier temps.

Il construit une gouttière qui comprend :

1° Une gouttière coronaire en métal fin, estampée sur l'arcade, — incisives et canines découvertes, bords cervicaux festonnés, — et renforcée au milieu de la couronne des dents;

2° De fortes languettes de métal, bordées d'un demi-jonc, descendant profondément sur les parties molles pour les prises de points d'appui et d'application de forces.

Fixation de la gouttière par scellement et sertissage du métal aux collets, et même par les passages entre les couronnes de barrettes rigides de métal à travers la gouttière préalablement perforée.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

NOMINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES AU GRADE DE DENTISTE MILITAIRE

ARMÉE DE TERRE

Membres des Corps enseignants des Ecoles dentaires.

Crépier,	Professeur,	E. D. L.
Darcissac, Eugène.	—	E. E. P.
Durif,	—	E. D. L.
Fort,	—	E. D. O.
Frison,	—	E. D. O.
Guérard,	—	E. D. O.
Raton,	—	E. D. L.
Villain, Georges,	—	E. D. P.
Villain, Henri,	—	E. D. P.
Dubois, Pascal,	Professeur suppléant,	E. D. O.
Cernéa,	—	E. D. P.
Ferrand,	—	E. D. P.
Fourquet,	—	E. D. O.
Guillemin,	—	E. D. P.
Bastien,	Chef de clinique,	E. D. O.
Bourselet,	—	E. D. O.
Bruschéra,	—	E. D. P.
Cadic,	—	E. D. P.
Delaplanche,	—	E. D. P.
Devoucoux,	Ex. Chef de clinique,	E. D. P.
Guébel, Charles,	Chef de clinique,	E. D. P.
Gouttenoire,	—	E. D. L.
Guesnier,	—	E. D. O.
Lalement,	Ex. Chef de clinique,	E. D. P.
Martinier, Georges,	Chef de clinique,	E. D. P.
Le Quellec,	—	E. D. O.
Ruppe,	—	E. D. P.
Ricou,	—	E. D. P.
Ronnet,	Ex. Chef de clinique,	E. D. P.
Rozemberg,	—	E. D. P.
Seimbille,	Chef de clinique,	E. D. O.
Viau, Louis,	—	E. D. P.
Wallis, Davy,	—	E. D. P.
Yvrard,	—	E. D. L.
Knodler,	Ex. Chef de clinique adjoint,	E. D. P.
Bouillant,	Ex. Chef de laboratoire,	E. D. P.
Arnold,	Démonstrateur,	E. D. P.
Billet, Pierre,	—	E. D. P.
Croce Spinelli,	—	E. D. P.

Demarquette,	Démonstrateur,	E. D. P.
Dupontreué,	—	E. D. P.
Eudlitz,	—	E. D. P.
Frinault,	—	E. D. P.
Mousset,	—	E. D. P.
Lelièvre, Lucien,	—	E. D. P.
Letierce,	Ex. Démonstrateur,	E. D. P.
Legros,	—	E. D. P.
Loyer,	—	E. D. P.
Mouton,	—	E. D. P.
Sapet,	Démonstrateur,	E. D. O.
Smadja, Fortuné,	—	E. D. P.
Smadja, Edmond,	—	E. D. P.
Sosson,	—	E. D. P.
Tamisier,	—	E. D. P.
Tacail,	—	E. D. P.
Tzanck,	—	E. D. P.
Tireau,	Ex. Démonstrateur,	E. D. P.
Zimmermann,	Démonstrateur,	E. D. P.
Zzaoui,	—	E. D. O.
Cottarel, Nizier,	Démonstrateur stagiaire,	E. D. P.
Cottarel, Anthelme,	—	E. D. P.

Ont été également promus les Chirurgiens-dentistes suivants :

Amory.
Alvisel, Georges.
Avérous.
Astier.
Audic.
Barbier.
Baril.
Bacri.
Barré.
Baye, Marcel.
Beaussillon.
Bécavin.
Bercut.
Bergé.
Bernaud.
Bergougnoux.
Berry.
Bernard.
Bourdeau.
Barellier.
Bézet.
Bechhoefer.
Blanchard.
Blocman.
Bonnafoux.
Boutigny.
Boisselin.
Borde.
Bourrayne.
Bourry.
Boulard.
Bouthegourd.
Bobo, Stanislas.
Bousquet.
Bouet.
Brénot, Marcel,
Budin.
Bourgeois.
Bourcy.
Beumant.
Bullot.
Bouvry.
Cazenave.
Casterès.
Chambenoit.
Charbonnier.
Charra.
Chalamet.
Chavanne Louis.
Chicard.
Cordîer.
Coronado.
Courrouy.
Coustau.
Cramer.
Cuziat.
Clavel, Paul.
Cotte, Joseph.
Conort.
Couturier.
Cottance.
David.
Dautin.

Deltour.
Demonchy.
Diaz.
Dehilotte.
Dehorter.
Decourteix.
Demazeau.
Derangeon.
Dhers, Jean.
Didsbury.
Donat.
Dorvaux.
Dore, Clément.
Drome .
Durand.
Duvilliers.
Duclas.
Faré.
Fargues.
Feuvrier.
Forestier.
Flémin.
Flaugergues (de).
Fieux.
Foulon.
Galippe.
Gauthier.
Gaignon.
Gaillard.
Guichard.
Guillou.
Gresseteau.
Goheyneix.
Grenier.
Hérismendy.
Heilard.
Jacquot.
Jean, Paul.
Kisch (de).
Kuhlig.
Lagarde.
Lacome.
Laurent.
Lebrun.
Le Brunetel.
Leclair.
Lebert.
Lefranc.
Lefebvre.
Lemaire.
Levier.
Lehmans.
Lignières.
Lohézic.
Lorrain.
Louis Jérôme.
Lubetzky.
Lucas.
Malteste.
Martin, Louis.
Marchal, Auguste.
Marquet, Adrien.
Maublanc.
Mazeaux.
Menant.
Mercadier Paul.
Millot, André.
Miégeville Paul.
Mousis.
Nadaud.
Neveu.
Oriol, Pierre.
Pélissier, Georges.
Pézieux.
Philipeau.
Platschick.
Playe.
Poggioli.
Pommier.
Poulet.
Ponthieu.
Prioux.
Passant.
Prével Jean.
Ponelet.
Redelec.
Regard.
Ribard.
Riboulet.
Ribes.
Rivet.
Rogcon.
Ronédis.
Russe.
Reuter.
Salas.
Saguet.
Salley.
Schlax.
Schwabacher.
Schnorf.
Silbermann.
Tanguy.
Tariote.
Tardieux.
Thoulet.
Vacher.
Valencot.
Vallois.
Viallard.
Vincent.
Vivier.
Vertadier.
Weiss.
Zhâ.

ARMÉE DE MER.

Billioray.
Caillaud.
Girieud.
Javelet.
Jézéquel.
Lapiquonne.
Mazière.
Pottier.
Pittmann.
Souweine.
Vidal.
Villard.

Nota. — La liste ci-dessus ne comprend que les nominations qui ont été portées à notre connaissance.

RÉPONSES DU MINISTRE DE LA GUERRE A DES QUESTIONS ÉCRITES

7019. — M. Camille Blaisot, député, demande à M. le ministre de la Guerre ce qui a été fait au point de vue des formations dentaires aux armées, quelles suites utiles ont été données aux prescriptions des circulaires n° 18838-C/7 du 21 décembre 1914 et du n° 10784-1/7 du 15 novembre, et pourquoi on n'utilise pas plus complètement la compétence des chirurgiens-dentistes qui sont maintenus simples soldats dans les corps de troupe, au lieu de les verser d'office dans les ambulances pour donner les premiers soins aux blessés atteints de mutilations de la mâchoire ou de la face (*Question du 23 décembre* 1915).

Réponse.

Tous les dentistes diplômés non gradés sont versés dans les sections d'infirmiers, ainsi qu'un certain nombre de mécaniciens-dentistes, et le décret du 26 février 1916 ayant créé un cadre spécial de dentistes militaires, les chirurgiens-dentistes peuvent aujourd'hui exercer leurs fonctions avec l'autorité nécessaire.

(*Journal Officiel* du 19 avril 1916.)

9261. — M. Anglès, député, demande à M. le Ministre de la Guerre pourquoi le commandant du ..e bataillon du ..e rég. d'infanterie a mis en demeure, sous peine de sanctions disciplinaires, un soldat pourvu du diplôme de chirurgien-dentiste de retirer la demande qu'il adressait par la voie hiérarchique en vue d'être affecté à un service de prothèse dentaire. (*Question du 30 mars* 1916.)

2e *Réponse.*

De l'enquête à laquelle il a été procédé, il résulte que : 1° le soldat S..., dont il s'agit, ne possède aucun diplôme de chirurgien-dentiste ; 2° une première demande, adressée par lui, en janvier dernier, en vue d'être affecté à un service de prothèse dentaire a été retournée par le général commandant en chef, comme non susceptible d'être accueillie en raison de la classe à laquelle il appartient (1916) ; 3° le soldat S.. reconnaît avoir retiré de son plein gré et sans aucune menace sa deuxième demande adressée en mars, dans le même but.

(*Journal Officiel* du 2 mai 1916.)

PROMOTION DES DENTISTES MILITAIRES DE LYON

Le 7 avril, l'hôpital complémentaire n° 19, hôpital principal du Service de Stomatologie de Lyon, fêtait la promotion de ses *dentistes militaires* en un déjeuner présidé par le Dr Pont, directeur de l'Ecole Dentaire de Lyon et du Centre de Stomatologie de la 14e région, médecin chef de l'hôpital. A ses côtés se trouvaient MM. le prof. Métral, de Genève, les Drs Reboulet, Fléchet et Hollande, médecins traitants ; le gestionnaire et le pharmacien de l'hôpital, etc.

Au dessert, en son nom et au nom de ses collègues, M. Bimes a prononcé une allocution pour remercier M. le Dr Pont des excellents enseignements qu'ils ont reçu de lui non seulement pendant leurs études à l'École dentaire de Lyon, mais aussi depuis la création du Centre de stomatologie de Lyon.

M. le Dr Pont a remercié ses collaborateurs en disant que, sans la certitude de leur collaboration, il n'aurait jamais osé assumer la lourde tâche de fonder un Centre de Stomatologie.

Le grade de *dentiste militaire*, auquel sont élevés aujourd'hui les chirurgiens-dentistes, leur était dû ; il n'est même qu'une mince récompense de la constante bonne volonté avec laquelle ils se sont dépensés et des brillants résultats obtenus. C'est par milliers que les statistiques médicales compteront les hommes rendus à la défense de la Patrie ou à la vie nationale par la chirurgie de la face et la prothèse maxillo-faciale. Celles-ci n'ont pas encore été reconnues à leur juste valeur, aussi M. Pont espère-t-il que, dans l'avenir, une organisation conforme aux services qu'elles peuvent rendre en sera faite, et qu'on accordera aux dentistes les mêmes grades qu'aux médecins, pharmaciens et vétérinaires

---

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année Scolaire 1915-1916

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE

EXAMENS

Session de Juin-Juillet 1916

I. — NOUVEAU RÉGIME.

1° *Examen de validation des stages dentaires.*

La session s'ouvrira le mardi 13 juin 1916.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Ces certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, les lundi 29 et mardi 30 mai 1916, de midi à 3 heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 4 novembre 1909, soit 25 francs.

2° *Deux premiers examens de fin d'année et* 1re *partie du* 3e.

La session s'ouvrira le lundi 19 juin 1916.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, le lundi 5 et le mardi 6 juin 1916, de midi à 3 heures. en faveur des titulaires de quatre, huit et douze inscriptions.

3° 2e *partie du* 3e *examen de fin d'année.*

La session s'ouvrira le lundi 10 juillet 1916.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté, le lundi 26 et le mardi 27 juin 1916, de midi à 3 heures, en faveur des titulaires du certificat d'aptitude à la 1re partie dudit examen.

N. B. — Les candidats aux trois examens de fin d'année consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 4 novembre 1909 (*40 francs pour le 1er examen, 30 francs pour le 2e et chaque partie du 3e, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme*).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat d'aptitude et de diplôme, selon le cas.

II. — ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES.

Une session d'examens pour le diplôme de Chirurgien-Dentiste

s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le lundi 3 juillet 1916.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les lundi 19 et mardi 20 juin 1916.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 28 février 1907 (40 *francs pour le* 1er *examen,* 30 *francs pour les* 2e *et* 3e *examens ;* 20 *francs pour chaque certificat d'aptitude et* 100 *francs pour le diplôme*).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat et de diplôme, selon le cas.

N. B. — Pour renseignements et pièces à produire en vue des examens, s'adresser au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 1), tous les jours, de midi à 3 heures.

Le Doyen de la Faculté:
L. LANDOUZY.

BIBLIOGRAPHIE

Code du dentiste militaire.

M. Robert Morche vient de publier en une petite brochure de 30 pages les rapports, décrets et instructions ministérielles relatifs à la création des dentistes militaires. Il a accompagné ces textes d'un court aperçu sur la situation des chirurgiens-dentistes dans l'armée, sur celle des médecins exerçant l'art dentaire, celle des mécaniciens-dentistes et les chirurgiens-dentistes engagés spéciaux. Il y a ajouté des renseignements sur la solde, l'uniforme, etc.

Cette brochure constitue un vade-mecum utile à consulter.

Livres reçus.

Nous avons reçu le premier numéro du *Bulletin du Syndicat des médecins-dentistes de Roumanie*, publié à Bucarest. Il compte 36 pages (en roumain).

***

Nous avons reçu de M. Léon Imbert, chef du service de prothèse maxillo-faciale de la 15e région, et de M. Pierre Réal, attaché au même service, 1° une brochure de 39 pages avec figures, intitulée *Sur les fractures du maxillaire inférieur par projectiles de guerre. Principes du traitement* ; 2° une brochure de 24 pages avec figures, portant le même titre suivi de ces mots : *Variétés et dispositions anatomiques* ; 3° un article de 4 pages intitulé : *Ouvre-bouche automatique pour le traitement et la constriction des mâchoires.*

NÉCROLOGIE

Morts au champ d'honneur.

Nous avons le vif regret d'apprendre que notre confrère Tamisier, démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris, nommé récemment dentiste militaire au 6e corps, vient d'être tué au cours du bombardement de son cantonnement près de Verdun.



Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 28 ans, de M. Léon Pigot, tué au Mort-Homme, le 28 mars 1916. Il était le frère de notre confrère G. Pigot, professeur à l'Ecole odontotechnique.

* * *

Nous apprenons également la mort au champ d'honneur de notre confrère M. Kern (Rodolphe).

Nos confrères MM. Henri et Maurice Poulet, anciens élèves de l'Ecole dentaire de Paris, viennent d'avoir la douleur de perdre leur père M. Léon Poulet, décédé le 24 avril à l'âge de 55 ans.

Nous adressons aux familles éprouvées nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Nomination.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. le Dr Rodolphe Chapot-Prévost a été élu directeur de l'Ecole libre d'odontologie de Rio-de-Janeiro, reconnue par décret du 28 août 1905.

Nous lui adressons nos félicitations.

Visite à l'Ecole dentaire de Paris.

MM. Chiavaro, professeur d'odontologie à l'Université de Rome, Aguilar et Subirana, professeurs à celle de Madrid, sont venus visiter les services militaires de l'Ecole dentaire de Paris et ont exprimé leur admiration pour les résultats obtenus.

Récompense.

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. Arnaud Tzanck, frère de notre confrère, médecin-major de 2e classe, à l'Ambulance auto n° 1, vient de recevoir la croix de guerre.

Nous lui adressons nos félicitations.

Association dentaire britannique.

Le 36e Congrès annuel de l'Association dentaire britannique aura lieu les 15, 16 et 17 juin 1916 dans le hall de la Société royale de médecine, à Londres.

Des communications et des démonstrations seront faites pendant les 3 jours. Une exposition d'appareils, modèles, photographies, etc. se rapportant aux blessures de guerre des maxillaires y sera annexée.

Société d'Odontologie de Paris.

Une séance de démonstrations de la Société d'Odontologie a eu lieu le dimanche 28 mai 1916, à 9 h. 1/2 du matin, avec une conférence de M. le professeur Pierre Sébileau, chirurgien des hôpitaux, membre de l'Académie de Médecine, ayant pour titre : « *Comment se cicatrisent les fractures de la mâchoire inférieure dans les traumatismes de guerre; de l'action combinée du chirurgien et du prothésiste dans le traitement de ces fractures.* »

Nous en publierons le compte-rendu.

36e ANNÉE. N° 6. 30 JUIN 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES PSEUDARTHROSES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR PAR LES AUTOGREFFES

(Lambeaux osseux de table interne du maxillaire)

Procédé du glissement (olisthopexie) et du renversement (stréphopexie).

Par le professeur CAVALIÉ (de Bordeaux).

(Communication à la Société d'Odontologie de Paris, séance du 6 avril 1916.)

Une des plus grosses difficultés qu'on rencontre dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur par projectiles de guerre est celle qui résulte des destructions osseuses plus ou moins étendues de l'arc mandibulaire.

Lorsque ces destructions osseuses sont limitées à quelques millimètres sur toute la hauteur entre les deux fragments ou qu'elles n'intéressent qu'un bord du maxillaire, le traitement prothétique seul ou aidé par une intervention chirurgicale libératrice peut aboutir à la guérison, c'est-à-dire à une consolidation en bonne place, précédée s'il y a lieu par la remise en place et par la coaptation des fragments.

Lorsque les destructions osseuses atteignent un ou plusieurs centimètres, on peut faire la réduction de la fracture, remettre en bonne position le fragment, mais, à la fin du traitement, il reste entre les fragments une brèche osseuse, qui entraîne la production d'une pseudarthrose.

Les cas de pseudarthrose sont des « laissés pour compte » dans les services de chirurgie et de stomatologie. Ces « laissés pour compte » sont heureusement assez rares. Sur 1600 fractures du maxillaire inférieur traitées au Service central de stomatologie et de prothèse de Bordeaux, je n'ai guère constaté plus de 60 à 70 cas de pseudarthroses.

J'avais pensé d'abord à appliquer ici des appareils prothétiques définitifs de fortune tels que bridges et appareils à articulation intermaxillaire. Mais ils n'empêchent pas la faiblesse du côté brisé avec brèche osseuse de l'arc mandibulaire.

On pourrait aussi dans ces cas s'adresser à la prothèse métallique et songer à faire une synthèse métallique osseuse, c'est-à-dire à réunir les deux fragments osseux plus ou moins éloignés par une plaque qui servirait de point d'union et qui permettrait ainsi la continuité artificielle de l'os. Dans ce cas, c'est introduire un corps étranger dans un foyer de fracture ancienne, corps étranger métallique, qui peut donner lieu à des déboires, entraîner la mortification des tissus osseux voisins de la pièce métallique un foyer de suppuration avec fistules et en fin de compte entraîner l'élimination de la pièce métallique.

Par conséquent, la prothèse métallique par synthèse osseuse ne paraît pas réaliser les désiderata conçus dans le traitement des fractures.

Il y a ensuite les greffes osseuses. L'histoire des greffes osseuses est très simple. Le seul bon sens dit que si l'on peut mettre une pièce métallique, on peut mettre une pièce osseuse. Or si l'on met une pièce osseuse fraîche, vivante, elle peut arriver à se souder avec les deux fragments éloignés du maxillaire et en assurer ainsi la consolidation.

On s'est adressé tout d'abord, comme on le sait, aux os des animaux, de préférence aux os du singe. Malheureusement la contexture des os du singe et les qualités de leurs cellules osseuses ne s'accordent guère avec les éléments cellulaires des os de l'homme. Les greffes à l'aide d'os de singe peuvent servir par contre de pont pour amorcer

une ossification ; mais c'est un procédé très long dont les résultats sont douteux.

On s'est adressé ensuite avec beaucoup plus de logique aux greffes osseuses prises sur l'homme même. Dans ces cas là, on peut prendre une greffe osseuse sur un autre homme que le blessé qu'on traite ; on peut prendre aussi un lambeau osseux sur le blessé lui-même.

On a utilisé les os humains dans les greffes osseuses en Allemagne, en France. Pour les greffes osseuses des mâchoires, on s'est adressé aux os qui se rapprochaient le plus, en apparence, de l'os maxillaire, je veux dire aux côtes. Mais ce n'est qu'en apparence ; la texture de la côte (os court), la disposition de ces travées osseuses et des réseaux capillaires n'ont rien de comparable à celles du maxillaire inférieur qui est un os intermédiaire entre les os plats et les os longs. Voilà pourquoi les greffons empruntés au tibia paraissent avoir donné de meilleurs résultats.

Quant aux greffes cartilagineuses, je n'en connais pas de résultats précis dans les pseudarthroses du maxillaire.

Les greffes osseuses ou cartilagineuses prises chez l'homme ont réalisé un perfectionnement considérable parce qu'elles donnent souvent des succès ; elles peuvent réussir avec certaines conditions de détail. Il est évident que si l'on se contentait d'interposer un fragment de côte entre deux os fracturés, cela ne suffirait nullement. Il faut pour pratiquer une greffe osseuse, aviver le fragment, il faut encastrer le greffon entre chaque surface fracturée de manière qu'il se trouve bien adapté au niveau de chacune de ces surfaces.

J'ai pensé qu'au lieu de prélever un greffon sur un autre os, il serait possible d'utiliser un ou plusieurs lambeaux osseux pris sur le maxillaire lui-même, et interposé par glissement ou par renversement dans le foyer.

Il s'agit bien d'une auto-greffe par transplantation où le greffon présente les mêmes qualités biologiques que les fragments de l'ancienne fracture : même texture de travées osseuses, cellules osseuses et périostiques identiques, même disposition vasculaire des vaisseaux capillaires dans le pé-

rioste, dans le tissu compact et dans le tissu spongieux.

Mon collaborateur et ami M. Ferrand, qui s'occupe spécialement de radiographie maxillaire au Centre de Bordeaux, et moi, nous avons étudié ensemble la marche des fractures et les formations du cal. Or, nous avons constaté ce fait remarquable que, dans certaines fractures dont les fragments étaient très éloignés il restait des petits lambeaux osseux déposés là par les hasards de la fracture, lambeaux que le chirurgien n'avait pas enlevés. Or, souvent ces petits lambeaux osseux ne s'étaient pas mortifiés et continuaient à vivre.

Cette constatation nous a amenés à dire qu'il faut laisser en son état le foyer de fracture après l'accident. Il ne faut pas enlever systématiquement les débris osseux. Les esquilles qui sont mortes s'élimineront toutes seules. Celles, par contre, qui peuvent vivre, résister à la suppuration et à tous les phénomènes inflammatoires, s'il y en a, demeurent en place soutenues par le tissu conjonctif, prolifèrent et sont le siège de calcification.

Au bout d'un certain temps, par l'application d'appareils d'immobilisation, la consolidation s'opère. Nous avons des épreuves radiographiques échelonnées de fractures qui, bien qu'ayant 3 ou 4 centimètres de foyer, se sont parfaitement consolidées par suite de la présence de ces lambeaux osseux naturels.

Ce que la nature réalise par le hasard des circonstances pourquoi ne pas le tenter expérimentalement, chirurgicalement ? Pourquoi ne pas prendre des lambeaux osseux sur le maxillaire même pour les placer dans les meilleures conditions possibles de succès entre les fragments à souder ? Il doit suffire pour éviter leur mortification, leur élimination, de placer ces lambeaux osseux de telle sorte qu'ils puissent se nourrir, vivre et proliférer.

C'est alors que j'ai étudié à nouveau sur le squelette la valeur exacte du maxillaire inférieur. Celui-ci peut être considéré comme un os plat; il comprend deux tables compactes, l'une externe, l'autre interne, réunies par une masse intermédiaire de tissu spongieux ou diploë.

Mais l'épaisseur des deux tables, la présence d'un canal dans la branche horizontale rapprochent cet os d'un os long. Il est possible, même relativement aisé, sur le vivant où les os sont malléables, de séparer, à l'aide du ciseau et du marteau, de la table interne, un lambeau de table externe. Cette séparation est plus difficile sur le squelette dont les os sont desséchés.

Comment utiliser un lambeau osseux de taille externe pour établir un pont d'union osseuse dans une brèche entre deux fragments éloignés d'une fracture? Comment réaliser cette auto-greffe par transplantation dans les meilleures conditions possibles et par quels procédés?

Tout d'abord il faut opérer à froid, c'est-à-dire lorsque le foyer de fracture ne présente plus d'activité pathologique sans suppuration, sans corps étranger (éclat métallique, débris radiculaires infectés), sans trajets fistuleux.

Il ne faut pas que le foyer de fracture communique avec la bouche ; il est nécessaire que la gencive soit au préalable complètement cicatrisée et il faut éviter pendant l'opération d'amener une rupture de la muqueuse buccale au niveau du foyer de fracture.

Dans un foyer de fracture ouvert dans la bouche, la consolidation est retardée ou supprimée par la présence d'agents septiques qui causent et entretiennent la suppuration ou la nécrose septique. D'où la nécessité d'opérer par la voie cutanée. On fait une incision le long du bord inférieur de l'arc mandibulaire ou de l'angle. On recherche la brèche osseuse et l'on met à nu la surface fracturée de chacun des deux fragments.

Avivement de ces surfaces ; toilette du foyer de fracture. On prend une pince solide pour saisir, fixer et maintenir le fragment osseux sur lequel on choisit et on découpe le lambeau qui servira de greffon. Ce lambeau osseux sera plus long que l'espace compris entre les deux fragments à réunir. Il doit prendre appui par ses extrémités sur chacun des deux fragments. C'est une condition essentielle qui facilite la consolidation.

Lorsque la brèche osseuse ne dépasse pas 2 centimètres,

un seul lambeau suffit ; lorsqu'elle est supérieure à 2 centimètres deux ou plusieurs lambeaux osseux sont nécessaires et sont intercalés dans le foyer.

Il est généralement aisé de prendre deux lambeaux osseux, un sur la table externe de chacun des fragments. Le lambeau osseux doit être revêtu de son périoste et de tissu conjonctif. Sur sa face profonde, il doit être tapissé de tissu spongieux, car une partie du tissu spongieux restera sur le lambeau de table externe qu'on découpe, l'autre partie restera sur la table interne du maxillaire.

Dans le cas d'un seul lambeau osseux, il est porté dans la brèche osseuse :

1° Soit par glissement (olisthopexie) ;

2° Soit par renversement (stréphopexie).

Le glissement simple consiste à faire entrer une extrémité du greffon entre les deux tables, en plein tissu spongieux du fragment opposé. L'autre extrémité du greffon reste en contact par son tissu spongieux, avec le tissu spongieux qui recouvre la table interne nue du fragment où a été pris le greffon. Il est parfois possible de faire glisser le greffon, en le tordant sur un point resté adhérent du périoste.

En tous cas, le contact du tissu spongieux du greffon avec celui des deux fragments permet le rétablissement rapide de la circulation des réseaux capillaires entre les deux fragments et le greffon dont la vitalité, par suite, a beaucoup de chances de se maintenir, car des anastomoses vasculaires par inoculation s'établissent. Ce stade vasculaire essentiel est le prélude d'une calcification future de réunion.

Pour découper un lambeau sur la table externe, il suffit d'abord de sectionner avec la cisaille le pont osseux inférieur qui réunit les deux tables interne et externe. Ensuite on introduit au niveau de la surface fracturée du fragment, un ciseau plat dans le tissu spongieux entre les deux tables pour les séparer. Achever en délimitant le greffon du reste de la table externe à l'aide du ciseau et du marteau. Eviter de remonter vers la région alvéolaire ; éviter si possible la région du trou mentonnier.

Dans le cas où 2 greffons sont découpés, chacun sur l'un des deux fragments de la fracture, ces deux greffons sont accolés au milieu du foyer de fracture et maintenus là par des encoches inverses.

Le renversement consiste à découper un lambeau de table externe de manière à ce qu'il reste adhérent sur la lèvre fracturée du fragment, pour pouvoir le renverser sur cette adhérence comme charnière dans le foyer de fracture, périoste en dedans, tissu spongieux en dehors.

Une fois le ou les greffons mis en place, faire une suture profonde conjonctive au catgut pour assurer leur fixation. Suture cutanée pour terminer l'opération qui dure, en général, de 20 à 30 minutes.

J'ai opéré, à l'heure actuelle, 21 blessés au service de Stomatologie et prothèse maxillo-faciale de Bordeaux.

Sur 15 blessés, le succès paraît assuré, pas de suppuration, pas de mortification, pas d'élimination, les greffons, pleins de vitalité, sont soudés ou en voie de soudure avec les fragments. Il y a eu de la suppuration dans 6 cas, dont deux avec élimination du greffon nécrosé; dans les quatre autres l'élimination peut survenir.

Les causes que j'ai cherché à établir sont la communication accidentelle du foyer avec la cavité buccale, ou un état général affaibli, ou une immobilisation défectueuse.

Il m'est arrivé quatre fois, au cours de l'opération, d'ouvrir dans la bouche le foyer de fracture, à la suite de tractions ou de mobilisations sur les fragments osseux. J'ai pu pratiquer chaque fois une suture au catgut. Il y a eu suppuration consécutive, avec une fois mortification et élimination du greffon ; cette suppuration s'est arrêtée au bout de quelques jours.

Dans deux cas, soit par latence septique du foyer, soit à cause d'un état général affaibli, soit par des défectuosités des appareils prothétiques, ayant produit une immobilisation insuffisante, soit pour ces deux ou trois causes, il s'en est suivi une suppuration abondante, et dans l'un des deux

cas, il y a eu élimination du greffon et insuccès absolu. Dans l'autre, la suppuration n'est pas encore tarie.

En résumé, 15 succès opératoires avec consolidation en cours, et 6 échecs.

Je ne doute pas que les indications une fois bien posées, l'opération bien réglée, les insuccès ne soient encore plus exceptionnels.

Il faut en effet obtenir, pour réussir :

1° Pas de suppuration ;

2° La vitalité du greffon par soudure avec deux fragments ;

3° La consolidation par cal sous immobilisation la plus complète possible.

Les deux premières conditions viennent d'être envisagées. J'indique, sans y insister, les précautions à prendre par l'opérateur et les aides : 1° stérilisation la plus complète possible de l'air de la salle d'opération ; 2° l'opérateur et les aides doivent porter un masque et des gants stérilisés ; 3° nettoyage et aseptie du champ d'opération ; 4° opérer vite.

Il me reste à indiquer les moyens d'obtenir l'immobilisation.

Tout d'abord, avant d'immobiliser, il paraît nécessaire que les fragments de la fracture soient réduits en bonne place. La réduction doit de préférence être faite, avant l'opération, par l'application d'appareils de mobilisation des fragments déplacés, retenus en position vicieuse ; ce qui permet, par la même occasion, de vaincre les résistances fibreuses et d'assouplir les parties molles. Le massage est un adjuvant précieux ; l'emploi de courants électriques appropriés est susceptible aussi de rendre des services pour modifier les tissus mous, pour dissiper des gonflements ou œdèmes.

Il est parfois indiqué de pratiquer la réduction au cours de l'opération, par mobilisation extemporanée des fragments, et par libération des adhérences, à l'aide du bistouri ou de la rugine. Mais ici un gros écueil est à craindre, celui d'ouvrir le foyer de fracture dans la bouche.

Que la réduction soit exécutée lentement, avant d'opérer,

par des moyens prothétiques, ou qu'elle le soit rapidement pendant l'opération, il est nécessaire d'avoir calculé et construit, toujours avant l'opération, un appareil prothétique de contention. La contention doit être telle que les déplacements des surfaces fracturées soient à près nuls dans les différents mouvements de la mâchoire. Malheureusement, ce n'est pas toujours facile à obtenir.

L'emploi d'une gouttière dentaire en vulcanite ou en métal, ou l'emploi d'un arc auquel sont reliées les dents par ligatures métalliques, donnent un mauvais maintien des fragments osseux sous-jacents. Aussi ai-je construit, avec un de mes excellents élèves, M. Huguet, de Bordeaux, deux appareils de contention, l'un pour le maxillaire supérieur et l'autre pour le maxillaire inférieur, décrits dans le *Bulletin mensuel de la Réunion dentaire militaire* de février 1916, pages 19 et suivantes.

L'appareil de contention pour le maxillaire inférieur comprend une pièce métallique estampée sur les couronnes et emboîtant l'arcade inférieure jusqu'aux collets des dents en dehors et un peu plus bas que les collets du côté lingual. Deux fortes tiges parcourent, l'une, le fond du vestibule inférieur, l'autre, le sillon alvéolo-lingual. Ces tiges sont réunies en arrière à la gouttière et reliées en outre à cette dernière sur la ligne médiane du côté vestibulaire et du côté lingual, par deux tiges verticales.

On a ainsi un appareil ajouré, retenu par une adaptation parfaite et, si c'est nécessaire, par deux ou quatre vis de rappel disposées au niveau des diastèmes dentaires.

Cet appareil maintient non seulement l'arcade dentaire, mais aussi les fragments osseux. Il peut être appliqué dans les fractures symphysaires, parasymphysaires et dans celles de la branche horizontale, pourvu que le petit fragment possède deux dents solides. Il peut également servir de contention dans les pseudarthroses réduites de ces régions.

Pour renforcer la contention, il est souvent indiqué d'appliquer un appareil analogue au maxillaire supérieur, et de

réunir les deux appareils au moyen d'un ficelage avec fils métalliques.

Dans les fractures et dans les pseudarthroses réduites, préangulaires, angulaires et dans la branche montante, il est nécessaire d'appliquer une gouttière de contention avec ailerons emboîtant la branche montante ; cette gouttière est reliée à une gouttière du maxillaire supérieur par des fils métalliques.

Le ficelage métallique a pour résultat de maintenir bloquée l'arcade inférieure contre l'arcade supérieure. Il peut être laissé ainsi jusqu'à 20 et 30 jours sans accident et sans constriction consécutive ; ou bien on laisse déficelé un jour sur 8 ou 9 jours. Le ficelage est repris ou supprimé suivant les indications du foyer de fracture et selon l'état de prise du greffon.

Je dois indiquer ici deux détails particuliers pour l'immobilisation des fractures avec destruction osseuse et des pseudarthroses greffées de la région postérieure (angle et branche montante) :

1° Il n'est pas rare que je fasse pratiquer le déséquilibre vertical sur plan horizontal, qui consiste à ficeler l'arcade inférieure abaissée du côté opposé à la lésion et relevée du côté de la lésion ; on obtient ainsi une tendance au rapprochement des fragments. Lorsque la consolidation est commencée, il suffit de rétablir peu à peu l'équilibre vertical ;

2° De même, suivant les indications cliniques et radiographiques, je n'hésite pas à pratiquer le ficelage, bouche ouverte, aussi bien que bouche fermée.

La bouche peut être, sous le ficelage, maintenue ouverte avec écartement des incisives variant de 2 mm. à 8 et 10 millimètres.

Il m'est possible de présenter aujourd'hui un des blessés que j'ai opérés. Ce blessé avait une pseudarthrose avec destruction osseuse de la branche horizontale gauche au-dessous du niveau des 1re et 2e molaires inférieures gauches absentes. La 3e molaire inférieure gauche est également absente.

J'ai pratiqué il y a 28 jours une greffe par glissement

d'un lambeau osseux pris sur la table externe au niveau de l'angle. Les suites de l'opération ont été simples : pas de suppuration, pas d'élimination de greffon qui est en pleine vitalité et qui est en voie de consolidation avec les 2 fragments de la fracture.

L'appareil d'immobilisation appliqué avant l'opération consiste en une gouttière inférieure avec prolongements vers la branche montante et en un arc sur l'arcade supérieure. Le ficelage métallique a été fait bouche légèrement entr'ouverte. En enlevant les fils métalliques et la gouttière inférieure, il est aisé de constater que déjà les mouvements d'ensemble du maxillaire inférieur sont uniformes sur toute l'étendue de l'os, tandis qu'avant l'opération le blessé avait une mâchoire en bilboquet. La puissance masticatrice est devenue plus forte et le blessé le constate lui-même.

L'immobilisation pour les blessés opérés de greffes osseuses est primordiale ; si elle est mal faite ou insuffisante, si elle n'est pas l'objet d'un contrôle journalier, l'insuccès est à peu près certain, le greffon ne se soudera pas aux fragments de la fracture.

Il ne suffit pas, en effet, de placer un segment d'os entre deux fragments pour obtenir une consolidation ultérieure. La greffe ne se consolidera que si les appareils d'immobilisation sont bien faits et appliqués au moment opportun.

Il suit de là que l'opération chirurgicale de la greffe osseuse est tributaire de la prothèse ; la prothèse sert de guide au chirurgien. Il n'est pas douteux que les greffes osseuses rentrent dans le domaine de la chirurgie : c'est le chirurgien qui doit les exécuter. Mais il est désirable que le chirurgien se mette en harmonie absolue avec le dentiste prothésiste, dans le cas où le chirurgien n'est pas en même temps dentiste et prothésiste.

Je me trouve, à Bordeaux, dans des conditions un peu particulières qui me permettent de réunir dans ma main l'œuvre chirurgicale et l'œuvre prothétique. J'exécute les opérations sur le maxillaire, je les règle en tenant compte des ressources de la prothèse. J'ai autour de moi un personnel

de chirurgiens-dentistes rompus aux travaux de prothèse, et s'évertuant à modifier les appareils, à tous moments, lorsque cela est nécessaire. Car un appareil est sujet à modification, à rectification souvent répétées.

Lorsqu'un appareil d'immobilisation est posé en bouche, avant ou après opération, on s'aperçoit qu'il ne va plus, ou qu'il n'est pas appelé à rendre les services attendus ou conçus. Quand il s'agit d'un appareil appliqué pendant l'opération, la moindre petite erreur dans l'appréciation des distances, des points d'appuis, le rend inutilisable. Il faut le modifier séance tenante. Il faut que le prothésiste sente bien dans quel sens et comment il pourra réaliser l'immobilisation qui permettra au greffon de se souder aux fragments bien maintenus.

Les conditions que j'ai énumérées favorisent singulièrement le succès de greffes osseuses dans les pseudarthroses du maxillaire inférieur. L'emploi de ma méthode d'autogreffe par glissement ou renversement semble en outre constituer une méthode de choix si elle est secourue par une prothèse éclairée. Je ne doute pas qu'elle ne soit rapidement généralisée au traitement des pseudarthroses qui intéressent les autres os du corps humain, os longs, os courts ou os plats.

Pour le maxillaire, les résultats que j'ai obtenus sont rapides, puisque le début de la consolidation est précoce.

Malheureusement la méthode de la greffe autogène ne peut s'appliquer que lorsque la destruction osseuse est limitée à 2, 3 ou 4 centimètres sur le maxillaire inférieur et lorsque le prélèvement d'un lambeau ou de plusieurs lambeaux osseux de la table externe est possible.

Il semble enfin que les lambeaux osseux de petite dimension soient plus aptes à vivre et à se développer, tandis que les greffons volumineux aient plus de difficultés à conserver leur vitalité. Mais ce n'est là qu'une impression personnelle. Quoi qu'il en soit, les résultats que j'ai actuellement obtenus sont très encourageants pour le début. Je me ferai un devoir de vous faire part ultérieurement des suites éloignées, avec l'espoir de guérison définitive par consolidation osseuse. Ce

qui ferait de la méthode une méthode de cure radicale si appréciable pour des blessés voués à une infirmité incurable.

C'est enfin une méthode purement originale, inconnue jusqu'à maintenant et qui m'a été suggérée par le souci de guérir nos blessés.

Nota. — M. Morestin avait déjà eu l'idée en 1902 de réparer certaines pertes de substances du maxillaire inférieur par le déplacement d'un pont osseux prix sur l'un ou l'autre fragment [1].

Sa méthode qu'il a pratiquée sur le cadavre seulement est totalement différente de la mienne.

M. Morestin détache, à l'aide de la scie, le long du bord inférieur d'un des fragments, un bloc osseux quadrilatère revêtu du périoste et comprenant toute l'épaisseur de l'os.

Il le déplace de manière à amener une de ses extrémités au contact du fragment opposé auquel il est fixé par une suture métallique de deux fils d'argent.

L'autre extrémité du bloc reste en contact avec le fragment d'origine sous l'extrémité libre duquel elle se trouve placée ; elle y est maintenue par deux anses métalliques de fil d'argent.

Dans ma méthode d'autogreffe, au contraire, je ne prélève qu'un lambeau de table externe sans nuire à l'intégrité d'étendue du fragment ; j'en assure la vitalité, la nutrition et la prolifération ; je le maintiens fixé sans avoir recours aux sutures métalliques, et je complète l'immobilisation (prolongée consécutivement) par l'application d'appareils prothétiques appropriés.

Quant à la valeur de ma méthode, les résultats que j'ai obtenus, et qui sont connus, en sont le témoignage.

---

1. H. Morestin. — Traitement des pertes de substance du maxillaire inférieur par la mobilisation d'un pont osseux (Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris, 1902, 6e série, tome IV, page 183).

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face

(Suite.)

Par MM.

MAURICE ROY,
Président et chef du service clinique du Comité.

PAUL MARTINIER,
Chef du service technique du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

Nous vous avons dit que nous employions parfois les ressorts pour la dilatation des brides cicatricielles ; parmi les cas de ce genre un des plus intéressant est celui de *D..., N° 210.*

Blessé par des éclats d'obus qui lui avaient fracassé la mâchoire inférieure et déterminé des blessures multiples de la face, D... a eu pendant longtemps des accidents infectieux graves jusques et y compris un phlegmon ligneux du cou. Les blessures qu'il avait reçues avaient, entre autres complications, atteint l'orifice buccal qui formait bien un orifice assez régulier mais étroit, tendu de brides cicatricielles, minces, inextensibles. Nous avions pu à grand'peine effectuer des opérations urgentes, ablations de séquestres, de dents brisées, mais, lors de la guérison des plaies, on se trouva en présence d'une grosse difficulté pour lui prendre des empreintes en raison de l'étroitesse et de l'inextensibilité de l'orifice buccal. C'est alors que nous avons cherché à obtenir la dilatation de celui-ci et voici l'ingénieux appareil que, sur nos indications, a imaginé M. Duz, membre du Comité, qui soignait ce blessé (fig. 33).

Cet appareil est formé d'une carcasse métallique composée de deux demi-cercles articulés sur une charnière, sur cette armature, est monté une sorte d'orbiculaire creux en caoutchouc mou, moulé sur l'orifice buccal qu'il emboîte sur ses faces internes et externes.

Dans le cercle intérieur formé par cet appareil se trouve placé sur chacun des demi-cercles un petit tube dans lequel

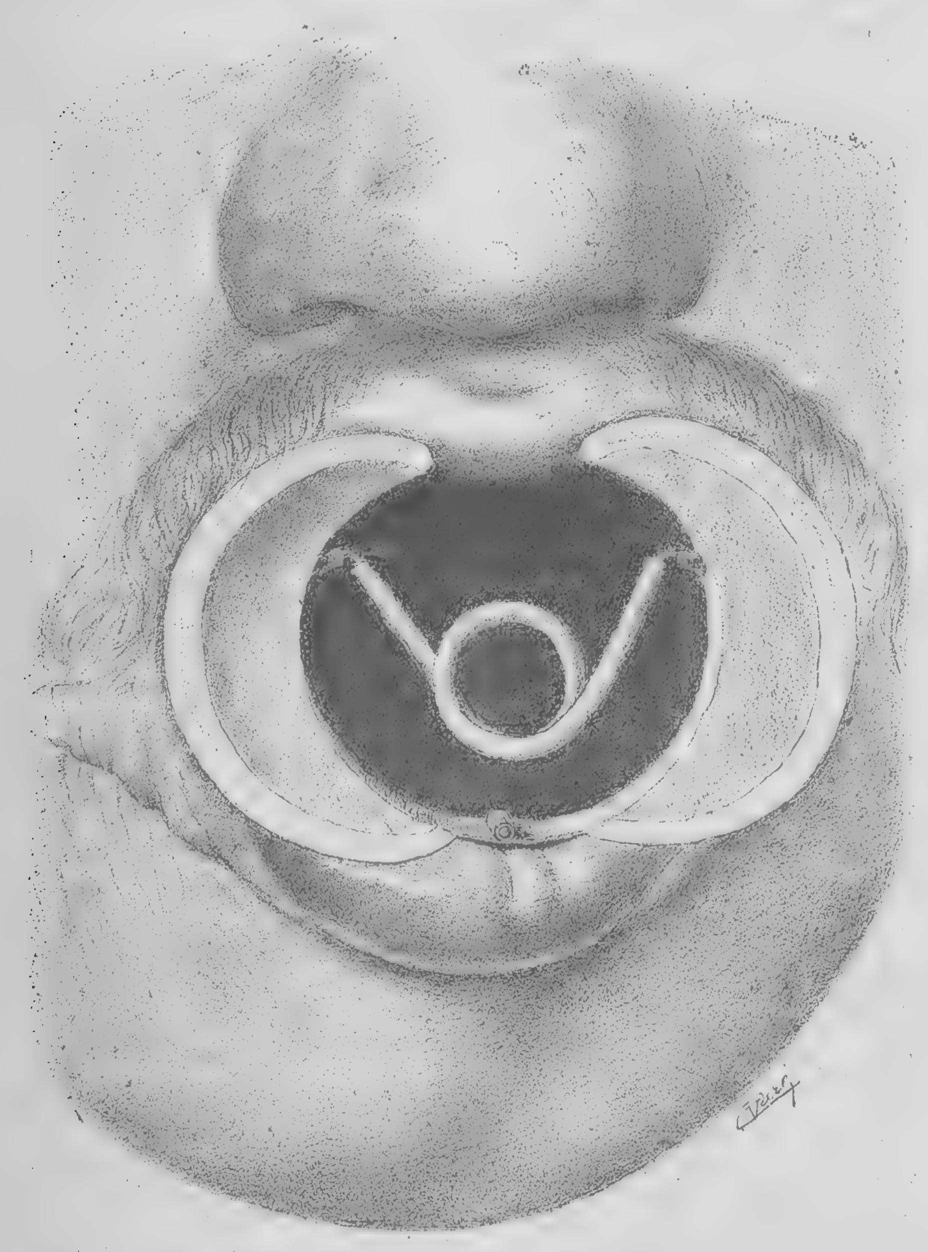


Fig. 33. — Appareil pour dilater l'orifice buccal atrésié par des brides cicatricielles. (Voir la description p. 188.)

vient se loger l'une des extrémités d'un petit ressort en fil de piano que l'on façonne et modifie à volonté pour donner

la tension voulue et qui tend à écarter les deux branches de l'appareil jouant autour de sa charnière.

Le résultat fut rapide et parfait ; lorsque cet appareil fut placé pour la première fois les deux branches se recouvraient et maintenant elles sont distantes de près de trois centimètres. Nous avons pu faire par la suite toutes les opérations nécessaires à la préparation et à la pose d'un appareil dentaire ordinaire que nous avons pu faire d'une seule pièce.

Prothèse squelettique pré-opératoire.

Nous voudrions maintenant vous présenter une nouvelle catégorie de malades particulièrement graves et intéressants, ce sont ceux dont les délabrements sont très étendus entraînant une perte de substance considérable des parties osseuses et des parties molles.

Les lésions des parties molles sont telles que l'on ne peut réunir celles-ci avant un temps assez long pendant lequel les parties osseuses se dévient de plus en plus et lorsque, plus tard, la réunion peut enfin être opérée par une opération autoplastique, la rétraction cicatricielle rapproche encore les fragments, déforme les parties molles reconstituées qui manquent de soutien. Ces complications rendent des plus difficiles, quand elle est encore possible, une intervention prothétique convenable et laisse ces malheureux mutilés profondément défigurés à tout jamais.

Pour éviter ces graves conséquences, nous pratiquons, dans ces cas, ce que nous appelons la *prothèse squelettique pré-opératoire*, qui se propose : 1° de combattre les déviations primitives par la réduction précoce et la contention des fragments osseux restants ; 2° de donner au chirurgien une base squelettique reproduisant autant que possible les parties détruites et devant servir de soutien aux parties molles que l'autoplastie reconstituera ; 3° lorsque l'opération autoplastique aura été effectuée, de dilater et d'assouplir les cicatrices en vue de la confection d'un appareil définitif de prothèse restauratrice.

C'est une partie de ces buts que se proposait la *prothèse*

immédiate préconisée par Claude Martin, mais cette prothèse, destinée essentiellement à la restauration de parties osseuses enlevées de propos délibéré avec des parties cutanées saines et réunies par première intention, ne rencontre aucune espèce d'indication dans les blessures de guerre.

Les appareils que nous employons pour la prothèse squelettique pré-opératoire peuvent rentrer dans deux catégories : 1° les *appareils amovibles*, c'est-à-dire ceux qui ne sont fixés à demeure, même temporairement, sur aucun des fragments ; 2° les *appareils amovo-inamovibles*, c'est-à-dire ceux dont une partie est fixée, pour un temps, sur un ou plusieurs fragments et servent de moyen de fixation à l'autre partie qui reproduit les parties osseuses détruites et est facilement démontable et modifiable, même au cours de l'opération autoplastique. Les blessés que vous allez voir ont des appareils de l'une ou de l'autre de ces catégories.

Voici d'abord le tirailleur sénégalais *M..., N° 146*, blessé par une balle explosive qui lui a fracassé presque toute la branche horizontale de la mâchoire à l'exception d'un petit fragment du côté gauche supportant les 2ᵉ et 3ᵉ grosses molaires[1] (fig. 34 et fig. 37, 1). Cet énorme délabrement osseux

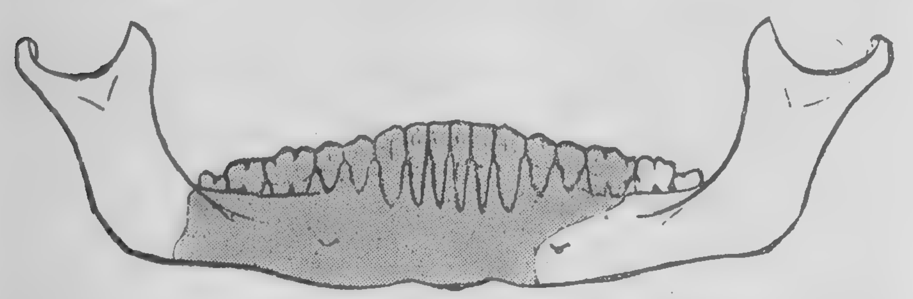


Fig. 34. — Le tirailleur sénégalais *M... N°* 146. Destruction de la presque totalité de la branche horizontale de la mâchoire inférieure.

s'accompagnait d'une horrible plaie découvrant toute la cavité buccale et la langue qui sortait entre les lambeaux

1. Le tirailleur sénégalais *M..., N°* 146, a été soigné au Comité, par M. DAEHLER et par M. BRENOT.

tuméfiés et s'étendant jusqu'à la partie supérieure du cou. Vous pouvez juger de son état par la photographie que je

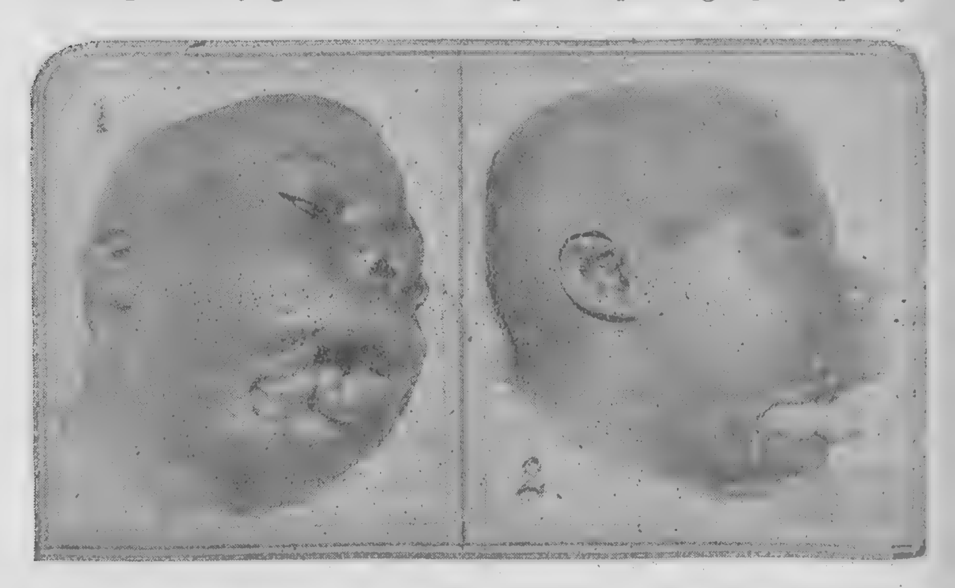




Fig. 35. — Le tirailleur sénégalais *M*... Nº 146. Destruction presque totale de la branche horizontale de la mâchoire inférieure, large perte de substance de la joue, de la lèvre inférieure et du menton.

1 et 2. Le blessé à son entrée au Comité.
3 et 4. Le même après la première opération autoplastique.

vous présente et qui a été prise alors que ses plaies étaient déjà améliorées (fig. 35, 1 et 2).

Fig. 36. — Le tirailleur sénégalais *M*... Nº 146.
1 et 2. Après la deuxième opération autoplastique.
3. Après dilatation des brides cicatricielles.
4. Le blessé à sa sortie du Comité. (Comparer avec la fig. 35, 1 et 2.)

L'application d'un appareil n'était pas des plus aisées chez ce brave M..., qui n'avait plus que deux grosses

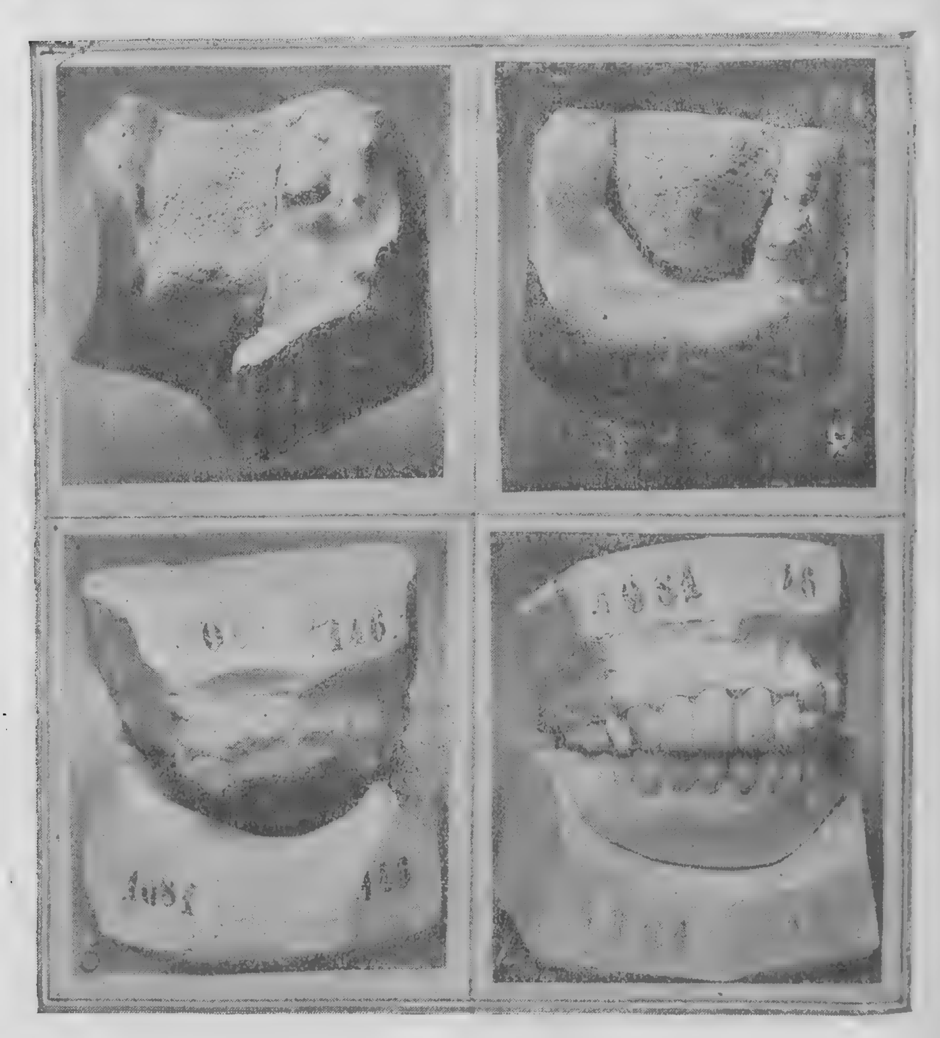


Fig. 37. — Le tirailleur sénégalais *M... N°* 146. Destruction presque totale de la branche horizontale de la mâchoire inférieure.

1. Moulage de la bouche et de la langue à l'entrée du blessé au Comité ; la partie excavée un peu à gauche de la ligne médiane où l'on voit la pointe de la langue répond à la brèche des parties molles. (Voir fig. 35, 1 et 2.)
2. Moulage de la bouche après la première opération autoplastique.
3. Moulage après dilatation des brides cicatricielles.
4. Moulage de la bouche avec l'appareil définitif.

molaires à la mâchoire inférieure et quelques dents à la mâchoire supérieure et dont les mouvements d'écartement des mâchoires étaient très limités. Nous lui confection

nâmes un premier appareil en caoutchouc, fixé par des ressorts à une plaque palatine et reconstituant, dans la mesure du possible, les parties osseuses détruites.

La combinaison de ces ressorts n'avait pas été sans de grosses difficultés, vu la faible hauteur dont on disposait, et on avait dû les loger dans des gouttières profondes de l'appareil et donner au ressort du côté droit une courbure

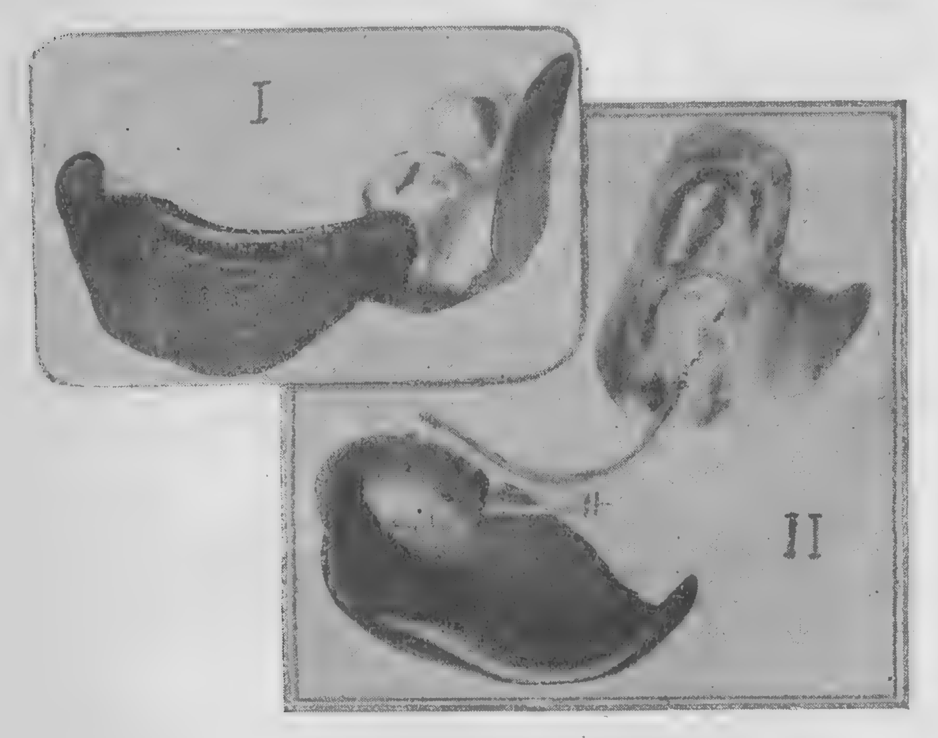


Fig. 38. — Appareil de prothèse pré-opératoire appliqué au tirailleur sénégalais *M.* . *N°* 146. (Voir la description p. 195.)

inverse à la normale en raison de la présence de la branche montante qui s'avançait en avant et en dedans.

Ce premier appareil permit à M. Delaunay, chirurgien de l'hôpital Péan, de faire une première opération autoplastique qui donna un résultat déjà satisfaisant restituant un orifice buccal à ce pauvre noir et lui fermant sa cavité buccale (fig. 35, 3 et 4 et fig. 37, 2).

Une seconde opération était nécessaire pour compléter la restauration autoplastique ; pour celle-ci, nous rempla-

çâmes le premier appareil par un appareil amovo-inamovible, qu'il porte encore actuellement (fig. 38), et qui est composé d'une gouttière en argent coulé, scellée sur les deux molaires restantes, et portant à son extrémité antérieure une barre d'argent résistante, large de 3 millimètres et reproduisant la courbe de l'arcade maxillaire. Cette barre sert de soutien à un bloc de caoutchouc vulcanisé reproduisant les parties de maxillaire détruites et qui est assujetti à cette barre par deux petits prolongements transversaux soudés à celle-ci et qui sont traversés par une goupille qu'une pince suffit à enlever. Cet appareil a permis à M. Delaunay de faire à M... une seconde opération tout à fait satisfaisante et dont le résultat est encore plus frappant (fig. 36, 1 et 2), quand on le compare avec la photographie primitive que je vous ai montré il y a un instant (fig. 35, 1 et 2). On va maintenant lui assouplir un peu ses tissus et lui confectionner un appareil de prothèse restauratrice[1]. *(A suivre.)*

---

1. Depuis cette conférence le traitement de ce blessé a été terminé ; après assouplissement des tissus on lui a posé un appareil qu'une erreur du clicheur nous empêche de reproduire mais dont on peut juger du résultat par le moulage de la fig. 37 (4). On verra également fig. 36 (4) la photographie de ce blessé à sa sortie du Comité.

NOTES SUR LA PROTHÈSE DENTAIRE D'ARMÉE

Dentiers à dents d'aluminium.

Par MARCEL DARCISSAC,

Médecin auxiliaire, lauréat de l'École dentaire de Paris.
Externe des Hôpitaux de Paris,
Chargé du Service de Stomatologie, Centre hospitalier de la ... Armée.

(Communication à la réunion médicale de quinzaine de la ... armée, février 1916.)

La création des centres de prothèse dentaire dans les différentes armées, indépendamment des grands centres de prothèse maxillo-faciale, a permis de récupérer, pour les armées, un grand nombre d'hommes qui étaient jusqu'alors, les uns réformés, les autres versés dans l'auxiliaire.

En dehors des cas extrêmes, comme je vais vous en présenter un ce soir, où l'on observe une absence complète des dents à l'un des maxillaires, il existe de nombreux cas où l'absence de quelques dents suffit à rendre la mastication tout à fait insuffisante.

La nourriture des armées en campagne exige au contraire une mastication énergique; aussi, avec une guerre prolongée, nombreux sont les cas d'affection gastro-intestinale presque exclusivement liés au mauvais état de la dentition et que seule une prothèse buccale peut améliorer et guérir.

Le rôle des centres de prothèse dentaire apparaît donc actuellement des plus importants.

L'appareil de prothèse destiné à être utilisé en campagne doit remplir certaines conditions sensiblement différentes de celles exigées habituellement, je veux dire en temps de paix ; en un mot, il doit être adapté aux circonstances.

La condition primordiale est évidemment la solidité, grâce à laquelle l'homme sera rarement indisponible par suite de la fracture de son dentier ; elle doit s'obtenir même au détriment de l'esthétique, sans toutefois que le poids et le volume de l'appareil le rendent trop encombrant et par suite inutilisable.

D'autre part, sa construction doit pouvoir être suffisamment rapide, ne nécessiter aucun outillage compliqué, enfin elle doit être à la merci de l'installation de fortune que nous offrent les armées en campagne.

Quant au prix de revient, il doit être également aussi réduit que possible.

La plupart des dentiers qui se font actuellement sont construits les uns tout en caoutchouc, les autres avec les dents en porcelaine.

L'appareil en caoutchouc seul a pour lui la rapidité de construction, mais pour être assez solide il doit être épais ; malgré cela la cassure est fréquente, l'usure des surfaces de mastication assez rapide ; enfin, nombreux sont les cas où l'articulation trop basse ne permet qu'une faible épaisseur de vulcanite et rend par suite cet appareil d'une fragilité extrême, donc inutilisable.

L'adjonction des dents en porcelaine, si elle satisfait l'esthétique, ne fait qu'apporter une cause de fragilité nouvelle sans améliorer l'appareil au point de vue solidité, en outre elle en augmente très sensiblement le prix de revient.

Je me suis laissé dire que dans certains laboratoires on était revenu à la vieille pratique des dents sculptées en ivoire.

Cette méthode, si elle supprime la cassure des dents en porcelaine trop fragiles, n'augmente en rien la solidité de l'appareil et, de plus, elle a contre elle la grosse perte de temps nécessitée par le travail de préparation des dents.

Les deux malades que je vais vous présenter, deux grands édentés, comme vous allez vous en rendre compte, sont porteurs de deux dentiers qui, à mon point de vue, paraissent répondre à tous les desirata suivants : *Solidité absolue, légèreté, construction simple et suffisamment rapide, faible prix de revient.* Ces appareils sont constitués par une arcade dentaire complète en aluminium massif montée sur une base en caoutchouc vulcanisé.

L'aluminium me paraît réaliser la substance idéale, dans

les circonstances actuelles, pour la confection des surfaces de mastication.

Je ne sais si cette utilisation a été faite dans d'autres centres, soit de la zone des armées, soit de l'intérieur, en tout cas je n'en ai pas connaissance ; mais je crois l'usage de ce métal susceptible d'être généralisé.

La manipulation en est facile, suffisamment rapide[1], son prix de revient infime et, utilisé comme je l'ai fait, il permet d'obtenir des dentiers réunissant le maximum de solidité et de légèreté.

J'ajouterai qu'au point de vue esthétique, l'aspect original de ces dentiers est fort bien accepté par nos patients, les dents sculptées dans ce métal bien poli apparaissent nettes et propres.

D'ailleurs, si l'on désire supprimer la visibilité du métal, rien n'est plus simple que de recouvrir la face labiale des dents antérieures d'une couche de caoutchouc blanc.

Je fais ainsi dans la plupart des cas (au caoutchouc blanc il est facile de substituer du ciment émail pour les appareils fournis aux officiers, à titre remboursable la plupart du temps).

Les incisives à bord bien tranchant, les molaires à tubercules saillants assurent une mastication de beaucoup supérieure à ce que peuvent donner le caoutchouc ou la porcelaine dont les surfaces présentent toujours des saillies très mousses, la résistance de ces deux substances ne permettant pas de faire autrement. L'appareil ainsi obtenu semble donc réaliser la véritable « machine à mâcher », pour employer le terme des circulaires ministérielles.

Au point de vue technique[2].

Je sculpte en cire *d'un seul tenant,* toutes les dents à remplacer, bien entendu en suivant l'articulation ; s'il reste

1. Appliquant systématiquement depuis plus de 6 mois ce genre de dentier — et, je me hâte d'ajouter, à mon entière satisfaction — j'ai pu me rendre compte qu'un ouvrier peut facilement en fournir deux par jour — plusieurs appareils (8 à 10) étant menés de front.

2. Le côté technique a été volontairement omis dans ma communication.

des dents, je fais contourner par ma cire leur face palatine.

Le coulage en aluminium se fait suivant la méthode de la cire perdue à l'aide de la fronde, dans des cylindres que j'ai fait confectionner sur place avec du cuivre assez épais et rivé, j'en ai toute une série de tailles variées.

Le revêtement est fait de terre de fumiste bien pulvérisée et de plâtre[1], il est préférable, si on le peut, de mettre une première couche en amiante et plâtre pour obtenir plus de finesse dans la coulée.

Le chauffage du moule qui doit être porté au rouge est obtenu, à défaut de gaz, dans un foyer à charbon de bois ; quant à la fusion du métal elle se fait au chalumeau à bouche avec lampe à alcool, ou mieux au chalumeau à essence minérale, comme j'en ai trouvé un chez un confrère de la région.

Cet appareil est d'ailleurs facilement réalisable avec des moyens de fortune.

Il est important pour la réussite de la coulée d'avoir des cylindres suffisamment hauts, environ 10 centimètres, de façon à réserver un entonnoir profond pour le métal en fusion, qui, ainsi, subira mieux l'action de la force centrifuge ; quant à la cire, elle est placée horizontalement et à 2 centimètres environ de la base du cylindre ce qui nécessite pour les plus grandes arcades un cylindre d'environ 8 centimètres de diamètre.

Pour gagner du temps, deux arcades (et mêmes plus) superposées et réunies par deux ou trois petits boudins de cire pourront être fondues ensemble.

Bien entendu, il importe d'attendre qu'il n'y ait plus aucun dégagement par la cheminée, avant d'entreprendre la coulée, en pratiquant ainsi il n'y a jamais de raté.

L'union de l'aluminium et du caoutchouc sera assurée par une série de queues d'aronde, taillées à la scie au niveau de la base de chaque dent.

La confection d'une arcade complète en cire demande

---

1. Parties égales.

avec un peu d'habitude une 1/2 heure ; le coulage et le polissage environ 1 heure et demie ; il n'y a plus alors qu'à monter sur cire pour achever avec le caoutchouc.

Ce supplément de travail est largement compensé par le résultat obtenu : L'arcade métallique encadre en quelque sorte la plaque de vulcanite, *supprimant ainsi toute possibilité de fracture.* Si, pour une raison quelconque, cette arcade ne pouvait être obtenue d'un seul tenant, il serait de toute importance que les deux fragments puissent se rejoindre par deux prolongements taillés en sifflet pour supprimer toute solution de continuité susceptible d'être un point de fracture ; ces deux prolongements seront noyés ensuite dans le caoutchouc.

Cette manière de faire est particulièrement indiquée pour les pièces du bas, dans les bouches, où subsistent les incisives et canines, et où seules les molaires sont à remplacer ; les deux prolongements de chaque groupe de molaires viendront se côtoyer sur la face postérieure des dents restantes, renforçant ainsi le caoutchouc.

Il est évidemment préférable de couler tout l'ensemble d'un seul bloc. C'est ainsi que je fais toujours.

En résumé, les appareils ainsi obtenus peuvent être considérés comme incassables ; leur rendement, au point de vue de la mastication, semble nettement supérieur aux appareils courants. (Un de mes édentés qui avait déjà porté un dentier à dents en porcelaine, dont il était très satisfait, m'a déclaré spontanément qu'il mâchait bien mieux avec son nouvel appareil).

Il n'y a aucune contre-indication d'application, qu'il s'agisse d'articulations basses ou d'articulations très hautes.

Dans le premier cas l'indication en est presque formelle ; dans le deuxième cas on aura intérêt à laisser occuper à l'aluminium le plus de hauteur possible : la masse de caoutchouc en sera diminuée et cela abaissera d'autant le poids du dentier et son prix de revient.

La légèreté de ces dentiers est remarquable, c'est ainsi qu'un dentier complet du haut, chez un des malades pré-

sentés pesait 10 grammes. La bouche, il est vrai, était petite : en moyenne le poids oscille entre 10 et 25 grammes.

L'addition à l'aluminium d'une quantité variable d'argent permet d'obtenir un alliage à propriétés particulières, qui peuvent en indiquer l'emploi dans certains cas où l'on désire avoir une résistance plus forte que celle de l'aluminium pur, d'ailleurs grandement suffisante la plupart du temps.

Suivant la quantité d'argent ajoutée, les propriétés varient notablement. Ce qui frappe le plus, c'est la dureté extrême à laquelle on arrive en allant à la proportion de 50 o/o d'argent.

Le métal ainsi obtenu résiste considérablement à la lime, et sa cassure montre un grain extrêmement fin. On a l'aspect et le contact de l'acier.

En diminuant progressivement la dose d'argent, je me suis arrêté au taux de 10 o/o qui me paraît le plus favorable. Quoique très dur à la lime et à l'échoppe, le métal ainsi obtenu peut se travailler assez facilement, coule bien, et semble devoir même conserver son poli et son brillant mieux que l'aluminium seul.

Quant à l'augmentation de prix, elle est insignifiante, 2 à 3 grammes d'argent utilisés.

Enfin, si l'on considère les matières premières employées, il est facile de se rendre compte de l'économie très sensible réalisée par ces dentiers, même sur le dentier tout en caoutchouc, à plus forte raison, sur ceux à dents de porcelaine.

Soit un dentier complet du haut, taille moyenne.

La dépense en matières premières sera :

DENTIER A DENTS D'ALUMINIUM		DENTIER TOUT EN CAOUTCHOUC		DENTIER AVEC DENTS EN PORCELAINE	
3/4 de feuille caoutchouc :	0.75			1 feuille 1/4 caoutchouc :	1.25
10 à 15 gr. d'aluminium :	0.25	2 feuilles caoutchouc :	2.00	14 dents porcelaine (diatoriques) :	3.00
	1.00		2.00		4.25

REVUE DES REVUES

LA DENTITION CHEZ LES ENFANTS

Par le Dr Jules Comby.

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

C'est une croyance populaire que les dents jouent un très grand rôle dans la pathologie des jeunes enfants. La sortie des premières dents est considérée, dans le monde, comme une phase critique, que traduit bien le dicton *bel enfant jusqu'aux dents*.

J'ai eu déjà l'occasion d'émettre un avis sur cette question dans un mémoire dont la publication remonte à plus de vingt-cinq ans [1].

Dans ce travail, je m'élevais contre l'opinion populaire dont je percevais tous les jours les échos aux consultations du dispensaire pour enfants de la Société philanthropique, rue de Crimée.

Si je reviens aujourd'hui sur cette question, c'est que l'accord n'est pas unanime parmi les médecins, c'est que beaucoup croient encore aux méfaits des dents de lait. Il m'a paru bon de répéter ce que je crois être la vérité plus que jamais, à savoir que la première dentition ne joue aucun rôle en médecine infantile. Avant d'aborder le chapitre des accidents et maladies de la dentition, j'examinerai brièvement son évolution physiologique.

I. — Eruption des dents de lait.

Chez un enfant qui se trouve dans des conditions physiologiques, nourri au sein par sa mère ou par une nourrice, ou même allaité artificiellement et n'en souffrant pas, la sortie des premières dents se fait silencieusement, sans douleur, sans trouble de la santé générale.

On voit sortir d'abord, autour du sixième mois, les deux incisives médianes inférieures, se suivant de très près et ne devant pas être séparées chronologiquement. Quelquefois la première dent sort avant le sixième mois; je l'ai rencontrée à cinq mois, à quatre mois, à trois mois et demi et même trois mois. On a même cité des cas de dents plus précoces encore, se rencontrant à la naissance. Mais ces cas rentrent dans l'anomalie et l'exception. Il est plus fréquent de voir sortir les premières dents après

---

1 Dr J. Comby, La première dentition, son évolution, physiologie, ses maladies (*Archives générales de médecine*, février 1888).

qu'avant six mois. On voit des enfants vigoureux et sains, bien nourris, n'avoir de dents qu'à huit ou neuf mois. Passé cette date, le retard devient pathologique. Néanmoins, dans quelques familles, un semblable retard, se présentant avec le caractère familial et héréditaire, ne devra inspirer aucune inquiétude.

Quand l'enfant n'est pas nourri d'une façon naturelle, quand il est soumis au biberon, à une alimentation grossière ou prématurée, les troubles digestifs et nutritifs qu'il en ressent se traduisent presque fatalement par un gros retard dans l'éruption des dents. Ce n'est plus à six mois, à sept mois, à huit mois qu'on verra sortir les premières incisives, mais à dix, onze, douze, quinze mois, etc. Ces grands retards se voient surtout chez les enfants rachitiques. C'est le rachitisme qu'il faut d'abord incriminer en pareil cas.

Après les incisives médianes inférieures qui ouvrent la marche, on voit sortir soit immédiatement, soit après un intervalle de repos qui peut aller à un, deux et trois mois, les deux incisives médianes supérieures, puis les deux incisives latérales supérieures et enfin les deux incisives latérales inférieures. On a alors le groupe complet des huits incisives qui met sept à huit mois à se compléter, de sorte qu'on l'observe chez la plupart des enfants bien nourris ayant quatorze mois.

Les enfants mal nourris peuvent présenter un retard de quatre, cinq, six mois sur les autres, n'ayant leur huit incisives qu'à dix-huit ou vingt mois.

Après la sortie de ce premier groupe, les huit incisives, vient le groupe des quatre premières molaires ou prémolaires, qui apparaît entre douze ou quatorze mois et dix-huit et vingt mois. L'enfant a alors douze dents. Viennent ensuite les quatre canines, entre dix-huit et vingt-deux mois, et enfin les quatre dernières molaires, entre vingt-deux et vingt-six ou trente mois. On peut dire que, dans les conditions physiologiques, y compris les temps d'arrêt, les intervalles de repos entre les différents groupes, chaque dent demande un mois (une dent par mois). De telle sorte que l'enfant n'aura ses vingt dents de lait que vingt mois après l'éruption de la première incisive. Il a commencé à six mois, il aura fini à vingt-six mois, sans que le retard à vingt-huit ou trente mois puisse être considéré comme pathologique. Voilà donc un enfant pourvu, à deux ans ou deux ans et demi, de ses vingt dents temporaires ; la première dentition est achevée.

Il semblerait dès lors qu'on ne dût plus entendre parler des dents, mais les mères continuent à les incriminer, quoique la seconde dentition ne commence qu'à six ans par la sortie des quatre troisièmes molaires (l'enfant a alors 24 dents) ; à douze ou treize ans, il

aura quatre nouvelles molaires (vingt-huit dents en tout); pendant l'intervalle qui sépare la dent de six ans de la dent de treize ans, il a remplacé ses dents de lait par des dents permanentes. Puis vient, après la puberté, autour de vingt ans, une troisième dentition constituée par la sortie des quatre dents de sagesse qui viennent compléter le groupe des trente-deux dents humaines.

Mais nous ne voulons pas déborder le cadre de la première dentition. J'ai dit qu'une mauvaise alimentation pouvait troubler et retarder l'éruption des premières dents. Une maladie quelconque peut en faire autant : bronchite, broncho-pneumonie, coqueluche, entérite, rougeole, etc. Parmi les maladies chroniques, il faut citer le rachitisme dans les causes retardantes et la syphilis héréditaire dans les causes altérantes et déformantes.

Sous l'influence de cette maladie, les dents sont atteintes dans leur germe ; elles poussent altérées, cassées, malformées, atrophiées, marquées de sillons, de dentelures, d'érosions, qui ne sont pas sans valeur au point de vue du diagnostic.

Quand le rachitisme est très accusé, il peut amener un retard énorme dans la sortie des dents temporaires. J'ai vu des rachitiques qui n'avaient pas achevé leur première dentition à trois ans et trois ans et demi.

Puisque nous voilà fixés sur la chronologie de l'éruption des dents de lait, passons maintenant aux états morbides qu'elles peuvent causer ou qu'on leur a attribués.

II. — Maladie de dentition.

Au travail de la dentition peuvent être rattachés deux ordres de troubles : 1° des troubles *locaux ;* 2° des troubles *généraux*, sympathiques ou réflexes.

Troubles locaux. — Chez les enfants sains, avec éruption dentaire précoce, normale, les accidents locaux sont rares et de minime importance. Les dents sortent sans bruit, sans éclat, et leur présence est notée par hasard. On dit que l'enfant est agité, criard, qu'il bave plus que d'habitude, qu'il mordille ses doigts ou les objets à sa portée. On note aussi le gonflement de la gencive, sa turgescence, son endolorissement à la pression. Cette réaction locale, généralement très modérée, ne se voit guère pour la sortie des incisives ; elle n'est évidente qu'à l'occasion de la venue des molaires ou des canines, qui, à peine saillantes, peuvent être entourées d'un bourrelet muqueux rouge, violacé, douloureux. Cette ébauche de gingivite érythémateuse ou pultacée ne s'accompagne que bien rarement d'érosion, d'ulcération de la muqueuse,

et, s'il survient une stomatite herpétique ou membraneuse, ce n'est la plupart du temps qu'une coïncidence.

La *stomatite de dentition*, inflammation locale et pour ainsi dire traumatique, est exceptionnelle chez les enfants bien portants dont l'éruption dentaire est précoce; elle accompagne bien plus ordinairement les éruptions laborieuses et retardées des rachitiques. Elle accompagne surtout la sortie des dents cariées, déformées, mal inplantées des enfants suspects d'hérédosyphilis. Il y a dans la bouche, en pareil cas, des souillures et des éléments d'infection qui l'emportent de beaucoup sur le travail de la dentition. Ce travail, par lui-même, est peu capable d'engendrer l'inflammation.

La carie portant sur les dents de lait, sur les dents temporaires, n'est pas rare. Elle a souvent un caractère familial et héréditaire. Son importance est assez grande pour le présent, car elle peut être génératrice de stomatites, d'abcès, de périostite, d'adénite sous-maxillaire; elle peut entraver l'alimentation de l'enfant; pour l'avenir aussi, car elle peut avoir sur la seconde dentition une influence fâcheuse.

Mais, comme tous les accidents locaux de la première dentition n'ont pas grande portée, leur pronostic est bénin et leur traitement assez facile.

Troubles généraux ou à distance. — Quittant le terrain assez solide des manifestations locales, nous allons entrer dans le domaine des hypothèses et des chimères. Presque toutes les maladies de la première enfance ont été attribuées à la dentition. L'habitude, en présence d'un cas douteux, d'invoquer les dents, est si répandue qu'on finit par se laisser influencer et par répéter machinalement : *c'est les dents, l'enfant fait des dents, il est travaillé par ses dents, il souffre des dents, il est épuisé par le travail de la dentition*, et trop souvent le médecin ne sait pas se défendre contre la suggestion du milieu, de l'ambiance. Devant l'unanimité des voix, il se sent troublé, ébranlé, et il acquiesce.

Bien plus, quand on lui demande, quand on le presse de mettre un terme aux souffrances du bébé, de hâter ce travail de la dentition, il se précipite avec résolution, sinon avec conviction, sur les gencives, et il les scarifie, au grand contentement de l'entourage.

Cette scarification des gencives est une pratique absurde, contre laquelle j'ai protesté il y a vingt-cinq ans, et je continuerai à protester. J'ai vu et je vois encore de temps à autre des enfants qui ont été scarifiées, sous prétexte d'accidents de dentition. Jamais cette pratique ne m'a semblé justifiée par un résultat évident, incontestable. C'est un traumatisme sans utilité, plus ou

moins propre, pouvant avoir des inconvénients; il doit être condamné sans appel.

Mais examinons de plus près les maladies provoquées, entretenues ou aggravées par la dentition.

Trousseau, le grand clinicien. croyait aux accidents de dentition, et il mettait sur le compte des dents les manifestations morbides les plus diverses : fièvre, convulsions, dermopathies, bronchite, diarrhées plus ou moins graves. Blachez, dans son article du *Dictionnaire Dechambre,* partage son avis. Un médecin anglais, le Dr West, va plus loin encore.

Faut-il admettre entre la dentition et les maladies que je viens d'énumérer un rapport de causalité ou une simple coïncidence ? A cette question, nous devons répondre par des faits, non par des théories. Mais, pour éviter les causes d'erreur, il faut diviser les enfants en deux catégories : ceux qui sont sains, nourris convenablement, élevés dans les conditions d'un développement physiologique, et ceux qui sont allaités artificiellement, marqués de quelque maladie aiguë. Ces derniers doivent être éliminés, car ils sont en imminence morbide, et les accidents qu'ils pourraient présenter ne sauraient être attribués, sans discussion, à la sortie des dents. Nous ne retiendrons donc que les enfants bien portants et nourris correctement, et parmi eux nous verrons bientôt que les maladies de dentition sont exceptionnelles.

Examinons successivement chacune des ces maladies.

Fièvre de dentition. — La fièvre, chez les enfants, est un symptôme banal qui peut reconnaitre des causes multiples, parfois difficiles à saisir. En présence d'une étiologie obscure, après avoir cherché de tous côtés, on finit par incriminer les dents quand on ne commence pas par là. La sortie plus ou moins laborieuse d'une incisive, d'une molaire, d'une canine, peut-elle donner un accès de fièvre, peut-elle engendrer un mouvement fébrile de quelque durée ? J'ai peine à le croire, n'ayant jamais vu de fait probant à cet égard. Quant aux cas, d'ailleurs rares, cités par les auteurs, je les considère comme discutables.

Que penser, par exemple, de ce cas du Dr Blachez (*Gazette hebdomadaire,* 1885), où la fièvre de dentition atteignit 41°,9 ? Je ne crois pas plus à la *fièvre de dentition* qu'à la *fièvre de lait,* dont personne ne veut plus entendre parler, malgré la faveur dont elle jouissait autrefois. Elles méritent toutes les deux le même sort.

Convulsions d'origine dentaire. — Les convulsions sont très communes dans la première enfance ; mais, quand on ne considère que les enfants sains, et bien nourris, elles sont très rares. Bien souvent les convulsions apparaissent sans qu'on puisse en décou-

vrir la cause; comme elles se montrent pendant la période d'éruption dentaire, on tend à les attribuer à la sortie plus ou moins laborieuse des dents.

Certains enfants sont prédisposés aux convulsions par l'hérédité neuropathologique, par l'alcoolisme des parents, par certaines maladies infectieuses, par une mauvaise alimentation. Qu'ils soient ou non en période d'éruption dentaire, les enfants entrent en convulsions pour des motifs d'un autre ordre (intoxications digestives, infections diverses), qu'on retrouve chez la plupart des enfants. L'éruption des premières dents est incapable de provoquer par elle-même des convulsions; chaque fois qu'on l'a incriminée, chez les enfants soumis à mon observation, j'ai pu retrouver telle ou telle cause pathologique, réellement agissante, comme: diarrhée, entérite, indigestion, pneumonie, fièvre éruptive, coqueluche, etc.

Diarrhée de dentition. — Quand un nourrisson présente de la diarrhée, avant toute recherche de la cause provocatrice, l'entourage invoque la dentition. J'ai bien souvent entendu des mères m'affirmer que, à chaque percée de dent, leur enfant présentait de la diarrhée. Dédaignant cette affirmation, je cherchais à préciser chronologiquement la coïncidence de la poussée dentaire et de la diarrhée, et le plus souvent je trouvai qu'il y avait eu un écart notable entre les deux phénomènes et que la concordance mathématique n'existait jamais.

D'ailleurs on pouvait invoquer avec bien plus de raison d'autres causes coutumières de diarrhée : excès d'alimentation, lait suspect, influence de la chaleur sur les biberons, etc. Si l'enfant est au sein, on trouvera presque toujours une faute dans l'administration des tétées (excès d'abondance ou de fréquence).

Un petit garçon de neuf mois, nourri au sein par sa mère, est atteint de diarrhée depuis huit jours. Bien entendu la mère accuse les dents. L'examen de la bouche révèle la présence de deux incisives médianes inférieures ; les gencives sont saines, non turgescentes, non douloureuses à la pression ; rien ne fait prévoir la sortie prochaine d'une dent. Manifestement le bébé ne souffre pas de la dentition ; le point de départ de la diarrhée n'est pas dans la bouche. J'apprends que l'enfant tète plus de vingt fois par jour et qu'il a des régurgitations de lait caillé. Je m'élève contre la suralimentation ; les tétées sont ramenées à six ou sept par vingt-quatre heures ; aucun médicament n'est prescrit ; dès le lendemain, cependant, la diarrhée cesse pour ne plus revenir.

Les diarrhées par excès alimentaire sont très communes, que les enfants soient au sein ou au biberon, qu'ils aient ou qu'ils n'aient pas de dents. Admettre l'influence de la dentition en

pareil cas pourrait faire négliger la recherche des véritables causes et conduire à une thérapeutique erronée.

On peut admettre à la rigueur que le *prurit dentaire*, chez un enfant dont les dents sortent péniblement, entraîne le nourrisson à téter trop souvent et, par suite, à ingérer une quantité excessive de lait. Ainsi la dentition pourra conduire indirectement à la diarrhée.

Il faut s'entendre quand on parle de diarrhée de dentition. Le danger n'est pas dans un travail après tout physiologique, mais dans le régime du nourrisson. Je ne puis pas croire à la diarrhée de dentition en tant que phénomène réflexe ou sympathique, et surtout je ne puis pas admettre la gravité de ce phénomène réflexe, s'il existe. Trousseau a manifestement exagéré quand il a dit que la diarrhée de dentition pouvait être mortelle.

Bronchite de dentition. — Je dirai de la *bronchite de dentition* ce que j'ai dit de la diarrhée. Le travail physiologique de la dentition est incapable de provoquer des inflammations de l'appareil respiratoire (rhinite, laryngite, trachéobronchite, bronchopneumonie, etc.).

Nous savons bien aujourd'hui que ces maladies sont de nature infectieuse ; les dents ne jouent aucun rôle dans leur pathogénie. West croyait que la poussée dentaire pouvait déterminer une toux coqueluchoïde, le spasme de la glotte, la laryngite striduleuse, et à l'appui de cette opinion on pourrait invoquer un cas de Dechambre (*Gazette hebdomadaire*, 1885) intitulé : *Laryngite striduleuse grave, incision des gencives, guérison instantanée.* Il s'agit d'un enfant de onze mois atteint subitement le soir de raucité de la voix avec suffocation ; malgré les vomitifs et laxatifs, la situation s'aggrave, et l'asphyxie est imminente.

Quoiqu'il n'y eût aucun travail dentaire (incisives bien sorties, gencives non turgescentes), Dechambre fit à chaque mâchoire, un peu au hasard, deux entailles (en tout huit) et recommanda de passer sur les petites plaies un linge mouillé d'eau tiède. Le spasme céda, et la guérison fut obtenue. Que prouve ce cas pour ou contre la laryngite de dentition ? Le spasme semble avoir cédé à une révulsion gingivale, s'il n'a pas cessé spontanément, après une durée assez longue. Mais rien n'autorise à affirmer qu'il était d'origine dentaire, puisque l'enfant n'avait pas de dent en train de percer. La saignée des gencives a agi comme dérivatif, et voilà tout.

Dermatoses de dentition. — On a mis, sur le compte de la dentition, les érythèmes de la face et de différentes parties du corps (*feux de dents*), les éruptions prurigineuses et lichénoïdes, les eczémas aigus ou chroniques de la première enfance, l'impétigo.

On pourrait admettre, à la rigueur, qu'une dentition laborieuse colorât les joues de rougeurs fugaces. Ces érythèmes éphémères peuvent s'expliquer par des phénomènes vaso-moteurs d'origine réflexe.

Quant aux lésions plus profondes et plus tenaces, elles reconnaissent d'autres causes. Le prurigo, le stropulus, l'urticaire des jeunes enfants sont presque toujours dus à des troubles digestifs (suralimentation, dilatation de l'estomac, constipation) ; ce sont des toxidermies. L'eczéma, quand il n'est pas héréditaire et diathésique (eczéma arthritique des nourrissons), est également subordonné à des intoxications digestives. L'impétigo est une pyodermite qui n'a rien à voir avec la dentition.

Quant aux maux d'yeux (blépharites et blépharo-conjonctivites, kératites), d'oreille (otorrhée), des narines (coryza habituel), qu'on englobe avec les dermopathies infantiles dans la *gourme*, ce sont des affections tantôt diathésiques, tantôt infectieuses, et la dentition n'y est pour rien.

Comme le disait en 1885, à l'Académie de médecine, un médecin d'enfants des plus sagaces et des plus expérimentés, H. Roger, les accidents de la première dentition sont, au point de vue pratique, absolument insignifiants ; les *maladies de dentition* n'existent pas.

La première dentition, incapable par elle-même de provoquer des maladies et de créer des dangers sérieux, comme nous venons de le voir, ne serait-elle pas, dans quelques cas, une cause d'aggravation pour les maladies intercurrents et préexistantes ? Une rougeole, une coqueluche, une scarlatine, une grippe, une pneumonie, seraient-elles plus graves chez un enfant qui fait des dents que chez un autre qui n'en fait plus ou qui n'en fait pas encore ? Certains médecins tendent à l'admettre, à l'imitation des parents et des personnes de l'entourage. Mais ce n'est pas le travail physiologique de la dentition qui rend l'enfant plus faible, moins résistant, plus vulnérable. C'est son âge ou la mauvaise hygiène à laquelle il est soumis. Toutes choses égales d'ailleurs, la rougeole sera plus périlleuse chez un enfant de six mois que chez un enfant de deux ans, chez un enfant au biberon que chez un enfant de deux ans, chez un enfant au biberon que chez un enfant au sein, chez un athrepsique que chez un bébé bien nourri. La question d'âge et de santé antérieure prime la question d'évolution dentaire. Un enfant de trois mois, qui n'a pas de dent, court plns de risques qu'un enfant de douze mois qui fait ses dents. En réalité, la denti ion n'influence pas le pronostic des maladies aiguës de la première enfance. Mais elle peut être influencée par elles, leur intervention troublant, retardant, altérant le processus dentaire.

Les dents sortiront plus tard, sortiront mal, seront plus exposées aux érosions et à la carie.

Parmi les maladies chroniques, le rachitisme est celle qui agit le plus souvent sur la première dentition. On a dit que le travail de la dentition prédisposait au rachitisme ; c'était prendre l'effet pour la cause. Si les dents sortent tard, péniblement, si elles sont altérées parfois dans leur forme et leur structure, c'est que le rachitisme, maladie générale de la nutrition, a troublé profondément l'évolution dentaire Le rachitisme est la cause et non pas l'effet des accidents de dentition.

Par contre, la dentition ne joue pas le moindre rôle dans la pathogénie ni dans le pronostic du rachitisme.

La syphilis héréditaire marque souvent la première comme la seconde dentition d'une empreinte indélébile. La dent d'Hutchinson (érosion semi-lunaire des incisives latérales supérieures permanentes) n'est pas la seule altération syphilitique des dents. Dès la première dentition, un examen attentif nous fera découvrir des érosions diverses, même semi-lunaires, des atrophies cuspidiennes, des malformations, des mauvaises implantations, des lésions de tout ordre et de toute forme, dont la signification n'échappera pas à un œil exercé. Ces lésions ont été parfaitement décrites par le Pr Fournier.

La plupart des pédiatres contemporains sont d'avis que la dentition n'a pas d'importance pathologique. Parmi les témoignages les plus récents, je citerai E. Feer (*Correspondenz Blatt für Schweizer Ærzte*, 1911). Il est de plus en plus convaincu qu'il n'y a pas de *maladies de dentition* ; les faits qui, à première vue, semblent plaider pour la doctrine ancienne, doivent être considérés comme de pures coïncidences. Il passe en revue tous les accidents : salivation et stomatites, toux, diarrhée, convulsions, fièvre, dermatoses, qu'on a rapportés à la dentition, et il n'a pas de peine à montrer, comme nous l'avons fait, le peu de fondement de cette interprétation. Les convulsions en particulier, si fréquentes chez les enfants de quatre à cinq mois, sont encore journellement attribuées à la dentition. Cependant, si l'on regarde les choses de près, on voit qu'il s'agit presque toujours de rachitiques, à hyperexcitabilité mécanique et galvanique. En rectifiant le régime, en réglant l'allaitement, on supprime les convulsions. Par la suite, les dents en retard vont percer plus nombreuses sans provoquer de réactions nerveuses.

Chez un grand nombre d'enfants à hyperexcitabilité nerveuse, prédisposés de ce chef aux convulsions, les examens quotidiens de cette hyperexcitabilité avant et après la dentition ne permirent jamais de déceler une élévation de l'excitabilité avant ou pendant le travail dentaire.

Feer, pendant toute une année, à sa clinique de Heidelberg comme dans sa clientèle, a étudié la température des enfants au moment de la dentition ; il n'a jamais observé ni fièvre de dentition, ni chute de poids, ni éclampsie. Dans quelques cas on notait un peu de salivation, d'insomnie, de diminution de l'appétit. Mais des symptômes analogues ou identiques se rencontraient en même temps chez d'autres enfants qui n'avaient pas de poussée dentaire.

Conclusions.

Si l'on s'adresse à des enfants sains, nourris correctement, les dents sortent facilement et dans l'ordre suivant à partir du septième ou huitième mois ; premier groupe (huit incisives) entre six et quatorze mois ; deuxième grouge (quatre prémolaires) entre quatorze et dix-huit mois ; troisième groupe (quatre canines) entre dix-huit et vingt-deux mois ; quatrème groupe (quatre deuxièmes molaires), entre vingt-deux et vingt-six mois ; soit en moyenne une dent par mois.

Si les enfants sont nourris au biberon, retardés dans leur développement, rachitiques, la première dent peut n'apparaître qu'à dix, douze, quinze mois ; la première dentition, au lieu de se faire en vingt mois, se fera en trente ou trente-six mois.

La première dentition joue-t-elle un rôle pathogénique de quelque valeur ? Peut-elle engendrer des maladies, peut-elle aggraver le pronostic des maladies qui surviennent pendant son évolution ?

A ces questions nous avons cru devoir répondre par la négative.

A part les accidents locaux que tout le monde admet et qui n'ont pas grande importance (gingivite érythémateuse et pultacée, carie dentaire, périostite), nous ne voyons jamais les enfants souffrir de maladies de dentition, telles que fièvre, diarrhées, bronchites, convulsions, méningites, dermatoses, etc. Si l'on ne considère que les enfants sains et pourvus d'une bonne nourrice, on verra que ces maladies de dentition sont exceptionnelles. Elles sont communes, par contre, chez les enfants mal nourris ou affligés de quelque tare. C'est dire que la dentition n'est pour rien dans la production de ces maladies, qui sont dues toutes à d'autres causes, qu'on s'appliquera à découvrir dans chaque cas particulier.

Quant à l'influence aggravante de la dentition sur les maladies de la première enfance, elle n'est pas mieux démontrée.

Bref, nous croyons qu'il faut rayer du cadre de la pathologie infantile les maladies de dentition.

(*Arch. de médec. des enfants*, mai 1914.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES SOINS DENTAIRES AUX ARMÉES

Nous avons publié dans notre numéro de janvier, p. 20, une question écrite posée le 14 janvier par M. Josse, député de l'Eure, au Ministre de la Guerre sur l'organisation du service dentaire aux armées. Dans notre numéro de février, p. 59, nous avons publié la réponse ministérielle à cette question.

Nous reproduisons aujourd'hui, à titre purement documentaire et comme renseignement rétrospectif, la lettre que M. Josse a écrite le 18 *janvier au sous-secrétaire d'Etat du service de santé.*

Aux armées, le 13 janvier 1916.

Monsieur le sous-secrétaire d'Etat et cher collègue.

J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur le fait suivant :

Au cours de cette guerre, j'ai été péniblement surpris de constater sur différents points du front une absence quasi totale d'organisation de la spécialisation dentaire.

C'est une lacune qu'il importe de combler sans retard.

Les militaires, principalement les réservistes et les territoriaux, sont généralement pourvus de dentitions lamentables, que seuls les spécialistes peuvent soigner.

Cet état qui provoque des crises dentaires assez fréquentes dans la vie normale est naturellement plus pernicieux encore pour les soldats des tranchées par suite des conditions atmosphériques et hygiéniques défavorables auxquelles ils sont constamment exposés.

En outre des crises névralgiques très violentes susceptibles de mettre l'homme dans l'imposibilité d'assurer convenablement son service, les lésions dentaires déterminent des troubles graves, gastrites et autres, qui nécessitent de nombreuses évacuations parce qu'ils ne sont pas soignés en temps opportun.

Dans ces conditions, puisque notre armée possède tous les spécialistes nécessaires, pourquoi ne les utiliserait-on pas rationnellement ?

Une hiérarchie analogue à celle des pharmaciens devrait être instituée.

Il résulte de la petite étude à laquelle je me suis livré que la nouvelle organisation pourrait comprendre trois échelons :

Premier échelon. — Un dentiste par régiment avec un matériel

de dentisterie opératoire permettant l'obturation et l'extraction des dents avec l'aide de l'anesthésie locale ;

2e *échelon.* — Un service de dentisterie opératoire et de prothèse qui trouverait sa place dans une ambulance de corps d'armée ;

3e *échelon.* — A l'intérieur, des cliniques de chirurgie dentaire et de prothèse maxillo-faciale.

J'espère, Monsieur le sous-secrétaire d'Etat, qu'à la suite d'un rapide examen de cette importante question, vous estimerez comme moi qu'il est grand temps, après dix-sept mois de guerre, d'organiser et de réglementer dans l'armée française un service qui existe d'ailleurs depuis de longues années aux Etats-Unis et dans les armées britannique, roumaine et allemande.

Vous réaliserez ainsi un progrès appréciable en diminuant les souffrances de nos combattants.

Et puis, il vous apparaîtra, j'en suis certain, que les soldats de la France font tous les jours preuve d'assez de persévérance, d'abnégation et de vaillance pour que le gouvernement de la République leur donne, quand il le peut, au moins l'indispensable.

Je vous prie d'agréer, etc.

PROSPER JOSSE.

Réponse du Ministre de la Guerre à une question écrite.

M. Reynouard, député, a demandé par question écrite, en mai dernier, à M. le ministre de la guerre, comme suite à la promulgation du nouveau décret ordonnant la nomination de dentistes militaires avec le grade d'adjudant : 1° quelle sera la situation faite aux chirurgiens-dentistes du service auxiliaire qui remplissent actuellement les fonctions de chirurgien-dentiste de place à l'intérieur ; 2° s'ils pourront être promus au grade d'adjudant, et, dans le cas de la négative, s'ils en rempliront les fonctions, avec ou sans la solde, ou bien s'ils seront relevés ou remplacés par des chirurgiens-dentistes du service armé nommés adjudants et, dans ce cas, quelle sera leur affectation.

Le ministre a répondu qu'aux termes du décret du 26 février 1916, créant un cadre spécial de dentistes militaires, et de l'instruction qui précise les conditions d'application du décret, il n'est pas nécessaire que les militaires chirurgiens-dentistes soient du service armé pour être nommés dentistes militaires ; les hommes appartenant au service auxiliaire peuvent l'être également.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'AIDE CONFRATERNELLE
aux dentistes français et belges victimes de la guerre

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE

Siège Social : 109, *Boul. Malesherbes.*

Nous publions ci-après le texte de la circulaire adressée par le Comité aux Journaux étrangers.

Paris, le 30 mai 1916.

Très honoré Confrère,

Jusqu'à la présente date, l'*Aide Confraternelle,* fondée à Paris le 2 mars 1915, pour venir en aide aux dentistes français et belges victimes de la guerre, n'avait fait appel qu'au concours des dentistes français. Bien que plus de la moitié de nos confrères soit mobilisée, bien que beaucoup parmi les autres soient plus ou moins sérieusement lésés dans leurs intérêts, notre œuvre n'en a pas moins recueilli de nombreuses souscriptions dont l'ensemble dépasse à l'heure actuelle la somme de 50.000 francs.

A côté de ces souscriptions exclusivement françaises, d'autres nous ont été adressées spontanément par des amis étrangers : anglais, canadiens, espagnols, italiens, etc... Ces envois, non sollicités, nous ont causé une grande joie. Ils nous ont montré que les liens noués durant nos congrès internationaux étaient sincères, que l'élite de notre profession, si grande par le savoir, était peut-être plus grande encore par le cœur. Aussi, avons-nous pensé qu'il était de notre devoir de faire connaître partout notre œuvre, afin de faire bénéficier les victimes françaises et belges, de notre profession, de ce grand mouvement d'enthousiasme qui se dessine chaque jour plus ample chez les neutres en faveur de la cause des Alliés, qui est celle de l'humanité. Quant aux puissances de l'Entente qui n'ont pas, comme la Belgique et la France, supporté sur leur propre sol le choc de l'envahisseur, nous savons avec quelle admiration elles considèrent l'étendue de nos sacrifices et se portent garantes des réparations nécessaires.

A l'heure actuelle, notre Société s'occupe surtout de recueillir des souscriptions. Si elle a déjà secouru des infortunes pressantes, elle sait que c'est surtout après la guerre, quand l'envahisseur aura délaissé les ruines par lui accumulées, qu'elle aura à intervenir en faveur de ceux dont les foyers seront détruits, en faveur de ceux que la guerre aura mutilés, en faveur enfin des femmes de nos morts héroïques. C'est parce qu'elle sait quelle sera l'éten-

due du désastre et le grand nombre des victimes de toutes sortes, qu'elle a décidé de faire appel à nos confrères étrangers, à ceux surtout qui n'auront pas connu les horreurs de la guerre et qui, au milieu de l'immense cataclysme, jouissent encore des bienfaits de la paix.

Nous aurions pu adresser notre circulaire à tous les dentistes étrangers, nous avons préféré l'adresser aux directeurs des journaux et aux présidents des Sociétés.

Nous prions les premiers de bien vouloir ouvrir dans leur journal une souscription en faveur de notre œuvre, nous demandons aux seconds de faire connaître l'*Aide Confraternelle* à la prochaine réunion de leur Société, sûrs que le bon renom et l'autorité dont jouissent les uns et les autres, produiront les meilleurs résultats.

Confiant dans votre dévouement en la belle cause de solidarité professionnelle en faveur de laquelle nous sollicitons aujourd'hui votre collaboration, nous vous prions d'agréer, très honoré confrère, les sentiments de cordiale sympathie de tous les membres de notre Comité de propagande, au sein duquel vous ne manquerez pas de rencontrer les noms d'amis sincères et dévoués.

Pour le Comité :

Le Secrétaire général, BARDEN. *Le Président,* G. VIAU. *Le Trésorier,* FONTANEL.

LE COMITÉ DE PATRONAGE :

Amoëdo.
Barrié.
Burt, E.
Bioux, L.
Blatter.
Cavalié (Bordeaux).
Chiavaro (Rome).
Chompret.
Choquet.
Crépin (Lyon),
Cruet.
Davenport, I.
D'Argent.
Deschamps.
Dubeau (Montréal).
Dunogier.
Fabret (Nice).
Fléty (Dijon).
Frey.
Godon.
Gourc.
Guy (Edimbourg).
Harwood (Lyon).
Heidé.
Herpin.
Hugot.
Insall.
Jean Francis.
Lair (Lyon).
Lannois.
Lee.
Levett.
Mahé.
Martinier, Paul.
Mendel, Joseph.
Mummery (Londres).
Nogué.
Pont (Lyon).
Prével.
Quatermann (Bruxelles).
Quincerot.
Quintero (Lyon).
Robin, P.
Robine.
Robinson.
Roy.
Sauvez.
Tellier (Lyon).
Touvet-Fanton.
Villain, G.
Villain, H.
Wissner.
Zzaoui.

Les souscriptions peuvent être adressées au Trésorier M. Fontanel, 1, *rue Vercingétorix, Paris,* 14e *ar*t.

NOMINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES AU GRADE DE DENTISTE MILITAIRE

ARMÉE DE TERRE

Membres des Corps enseignants des Ecoles dentaires.

Pigot,	Chef de clinique	E. D. O.
Solas,	—	E. D. P.

Ont été également promus les Chirurgiens-dentistes suivants :

Barrieu.	Eymard.	Rubens (N.)
Bernetière.	Gault.	Ségal.
Carreau.	Huguet.	Sandrin.
Cramer (G.).	Mimart (M.).	Sarat.
Dandrieu.	Mimart (G.).	Trépan.
Doniau.	Marsoo.	Walch (F.).
Duchange.	Monnier.	Ziegler.
Daron.	Mousis (Alb.).	
Dalys.	Pégon.	

ARMÉE DE MER

Guilbeau.	Loynel.	Pierret.
Jean (Paul).		

BIBLIOGRAPHIE

Livres reçus

Nous avons reçu les ouvrages et articles suivants :

1° *Contribution à l'étude clinique des kystes paradentaires*, par le Dr Henri Chenet, thèse de 106 pages, dont nous rendrons compte ultérieurement ;

2° *Rapport mensuel du centre de prothèse maxillo-faciale et de stomatologie* de Rennes (avril 1916), par le Dr Jean Rouget ;

3° *Rapport du Service central de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale et du Service central des édentés inaptes*, par le prof. Cavalié (avril 1916) ;

4° Les affections des dents d'origine sinusienne. Contribution à l'étude des lésions dentaires d'origine paradentaire, par le Dr Jules Grandmange, de Lyon, volume de 76 pages.

5° *De la neutralite et de ses ravages dans les grands et les petits pays*, publié dans le *Journal des Débats* du 26 mars 1916, par M. R. Anéma. Notre confrère s'élève avec juste raison contre l'attitude de neutralité observée par diverses nations, devenue une véritable maladie, la *neutralite*, qui laisse se perpétrer les pires forfaits.

6° Uue étude statistique intéressante en hollandais sur la carie dentaire des enfants de 1912 à 1915, par MM. G. H. Bisseling, van der Gragt et Ninck Blok, de La Haye. Ce volume, de 68 pages, est illustré de plusieurs figures et graphiques très démonstratifs.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

ASSOCIATION DENTAIRE BRITANNIQUE

L'Ecole Dentaire de Paris a décidé de prendre part à l'Exposition et au Congrès de l'Association dentaire britannique que nous avons annoncés dans notre dernier numéro.

Elle a chargé M. G. Villain, secrétaire général de la représenter à l'une et à l'autre, et de présenter ses envois à l'Exposition et de lire un rapport au Congrès.

Ajoutons que M. G. Villain était également chargé d'une mission officielle à ce congrès par le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé de la guerre.

L'Ecole dentaire de Paris exposait un tableau synoptique de tous ses services, des photographies d'appareils et de malades du Comité de secours, des moulages et appareils du Service de prothèse restauratrice définitive (Dispensaire militaire).

Le programme du Congrès comprenait :

1° Traitement précoce des lésions des maxillaires ;

2° Appareils et attelles ;

3° Restauration des pertes de substance des maxillaires par des moyens chirurgicaux ;

4° Traitement des fractures sans union ou mal unies ;

5° Régime alimentaire, massage et exercices dynamiques.

L'Exposition présentait un grand intérêt et la réunion, qui comptait plus de 500 membres, a eu un plein succès.

D'ailleurs M. G. Villain en a rendu compte à la séance de la Société d'odontologie de Paris du 25 juin.

CONGRÈS ODONTOLOGIQUE SUISSE

La *Société odontologique suisse* a tenu son congrès annuel, sous la présidence de M. Stoppany, de Zurich. Après avoir entendu d'intéressantes communications scientifiques et pratiques, l'Assemblée générale a voté à l'unanimité, l'ordre du jour suivant :

Considérant que la maladie la plus répandue du temps présent, la carie dentaire, a pris les proportions d'un fléau social, que dans différents cantons, en raison du nombre insuffisant des dentistes, les classes les moins fortunées de la population ne peuvent rece-

voir, dans une mesure suffisante, les soins dentaires nécessaires, la Société odontologique suisse estime que son premier devoir est de trouver les moyens de porter remède à cet état de choses.

Toutefois, elle désapprouve, de la manière la plus absolue, toutes les tentatives faites, tant par des groupements de dentistes que par des partis politiques et tendant à accorder à des mécaniciens dentistes ou à des personnes non diplômées et incomplètement préparées, des autorisations d'exercer en tout ou en partie l'art dentaire, persuadée que de telles autorisations ne peuvent que favoriser le charlatanisme et l'exploitation du public tout en nuisant au bon renom de la profession.

La Société odontologique nomme une commission chargée de l'étude approfondie des améliorations à apporter à cette situation, ainsi que des moyens pratiques de rendre les soins dentaires accessibles à toutes les classes de la population. Cette commission présentera, à la prochaine assemblée générale, ou même plus tôt, si possible, des propositions précises.

Elle devra porter son attention en particulier sur les points suivants :

a) Amélioration de la santé publique par une alimentation plus rationnelle (nourriture plus frugale, exigeant une mastication plus énergique).

b) Large diffusion des préceptes de l'hygiène dentaire, spécialement en ce qui concerne la première jeunesse.

c) Soins dentaires assurés, avec la coopération de l'Etat et des communes, à toutes les classes de la population, par des dentistes pourvus d'une instruction professionnelle complète et cela par le moyen de dispensaires dentaires populaires et de cliniques dentaires scolaires.

d) Propagande tendant à attirer vers la profession de dentiste un plus grand nombre de jeunes gens.

e) Maintien à son niveau élevé actuel de la profession dentaire l'égale de celle de médecin et analogue aux autres branches de l'art de guérir.

NÉCROLOGIE

Notre confrère M. Barbe vient d'être cruellement éprouvé par la mort de sa femme.

***

Notre confrère M. Louis Chouville a eu la douleur de perdre son père, M. Jules Chouville, décédé le 2 juin 1916 à l'âge de 83 ans. Les obsèques ont eu lieu le 5.

***

On annonce la mort de M. Sudaka, père de notre confrère M. René Sudaka, dentiste des hôpitaux.

Nous adressons à nos confrères nos sincères condoléances.

M. Georges Lacaze.

Nos lecteurs ont appris par les journaux quotidiens la fin tragique, dans un accident d'aviation, de M. Georges Lacaze, capitaine de vaisseau, frère du Ministre de la Marine et chef adjoint de son cabinet.

M. Georges Lacaze s'était toujours montré très sympathique aux revendications des chirurgiens-dentistes relativement à leur situation militaire et avait toujours accueilli avec bienveillance et empressement les délégations qui lui avaient été adressées par l'Ecole dentaire de Paris et par la Fédération dentaire nationale. Il a secondé puissamment la création du corps des dentistes militaires de la Marine et est pour une large part dans les résultats que nous avons obtenus.

La profession doit lui en garder une profonde reconnaissance. L'Ecole dentaire de Paris lui envoie un souvenir ému et prie M. le Ministre de la Marine, l'amiral Lacaze, de bien vouloir agréer ses sincères condoléances et l'expression de ses profonds regrets.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

Nous avons le regret d'apprendre la mort au champ d'honneur de MM.

LABARRAQUE, Démonstrateur stagiaire à l'Ecole dentaire de Paris, qui a péri au cours du torpillage de *La Provence.*

P. BERTRAND, Chef de clinique à l'Ecole odontotechnique.

R. DUBOIS, Chef de clinique à l'Ecole odontotechnique.

PRUNIER, Démonstrateur à l'Ecole odontotechnique.

LONGRAYE, qui a été tué devant Verdun, au fort de Souville, le 1er juin 1916.

Nous adressons nos sincères condoléances aux familles.



CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous avons le plaisir d'apprendre les citations suivantes :

Dr ACHILLE AUDY, Professeur à l'Ecole dentaire de Paris, actuellement au Centre de prothèse dentaire de la 13e région à Royat (Puy-de-Dôme). Deux fois cité à l'ordre du jour, Croix de guerre.

LAMARI, Chef du Secrétariat à l'Ecole dentaire de Paris, capitaine commandant une section de mitrailleuses. Cité à l'ordre du jour devant Verdun, Croix de guerre.

BARGELÈS (de Bayonne), « Sergent, donne depuis le début des hostilités l'exemple du plus complet dévouement.

» Nommé à une formation sanitaire du... corps d'armée au moment où le régiment venait d'être envoyé dans un secteur très dangereux, a refusé de quitter son corps, où il a assuré un service écrasant jusqu'au jour de la relève. » Cité à l'ordre du jour, Croix de guerre.

DUCHANGE (ROGER), Dentiste militaire du centre stomatologique de Bordeaux. Médaille d'argent des épidémies.

Nous adressons à tous nos vives félicitations.

NOUVELLES

Nomination.

Par décision du Conseil d'Administration de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaire de Paris en date du 6 juin 1916, M. Debray a été nommé démonstrateur titulaire.

L'Ecole dentaire de Genève à Lyon.

Les élèves de l'Ecole dentaire de Genève, accompagnés de leurs professeurs, se sont rendus à Lyon, pour visiter le Centre stomatologique fondé et dirigé par le Dr Pont, ancien élève de l'Ecole.

Le Dr Pont leur a permis d'assister à plusieurs opérations particulièrement intéressantes et leur a exposé en deux conférences ses procédés techniques. Illustrées de moulages et de présentation de malades, ces leçons ont été hautement appréciées. Une visite à l'Hôtel des mutilés, une invitation à l'Hôtel-Dieu, ainsi qu'aux établissements Lumière frères ont terminé cette rapide excursion scientifique.

Société d'Odontologie.

Une séance de la Société d'Odontologie a eu lieu le dimanche 25 juin 1916, à 9 h. 1/2 du matin, à l'Ecole dentaire de Paris, avec l'ordre du jour suivant :

1° M. Bellanger, professeur à l'Institut National des Sourds et Muets. — « *Orthophonie chez les mutilés des mâchoires.* » — *Présentation de blessés.*

2° *Question mise à l'ordre du jour : « De la conduite à tenir au sujet des dents voisines d'un trait de fracture.* » — Rapporteur : M. le Dr Roy. — *Discussion de la question.*

3° *Compte rendu de la réunion spéciale de la « British Dental Association » sur les blessures des maxillaires, par* M. G. Villain.

Mariage.

Nous apprenons que le 22 mai 1916 a été célébré dans la plus stricte intimité le mariage de M. Jean Leguay, dentiste militaire à l'ambulance 12/6, sectr 33, avec Mlle R. Moscovici, chirurgien-dentiste.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Avis.

En raison des difficultés que présente actuellement le recouvrement par la poste du montant des abonnements et des cotisations à l'étranger, nous serions reconnaissants à nos abonnés et aux sociétaires d'en opérer le paiement par mandats-poste.

36e ANNEE. N° 7 30 JUILLET 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DES FRACTURES ET DES LUXATIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par GEO. VILLAIN,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Chef du service technique du Dispensaire militaire.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 12 mars 1916 et à la réunion annuelle de l'Association dentaire britannique à Londres, le 16 juin 1916.)

Tandis que les chirurgiens semblent en général traiter les fractures des maxillaires en s'attachant au rétablissement des contours faciaux, par un traitement qui est le plus souvent purement esthétique, les chirurgiens-dentistes recherchent de plus en plus à les traiter au point de vue fonctionnel ; ils cherchent à rétablir aussi intégralement que possible l'arc mandibulaire et les rapports d'occlusion, ils savent que le rétablissement architectural de la mandibule améliore à la fois et l'esthétique et la fonction.

Toutefois, le rétablissement architectural n'étant qu'anatomique, il faut, pour satisfaire les conditions physiologiques si importantes du mécanisme dentaire humain, lier le rétablissement de la forme architecturale à celui de l'équilibre dynamique de ce mécanisme. Tous nos efforts doivent tendre vers ce but ; l'étude très approfondie que j'ai faite du mécanisme dentaire au point de vue prothétique et orthopédique m'en a convaincu bien avant qu'une nouvelle et triste occasion m'en soit fournie par la guerre.

Je cherche aujourd'hui à indiquer quelques moyens de réaliser ces conditions. Je ne veux pas entreprendre de

défendre cette théorie tant je la sens conforme aux aspirations et aux tendances de tous ceux de nos confrères qui ont publié leurs travaux pendant la présente guerre.

Imbert et Réal[1] en France, Pearce[2] en Angleterre ont cherché à classer les fractures.

Imbert et Réal ont classé les fractures suivant leur siège :

A. — Partielles
- dents.
- alvéoles.
- marginales.
- branche verticale.
- articulation temporo-maxillaire.
- apophyse coronoïde.
- par perforation.

B. — Complètes
- par contact sans perte de substance.
- avec perte de substance à plusieurs traits.
- avec perte de substance à un seul trait
  - groupe antérieur.
  - groupe post.
    - latéral.
    - angulaire.

Pearce a une tendance nettement marquée à les classer suivant les déviations :

1° Fractures de la mandibule sans déplacement de la ligne d'occlusion ;

2° Simple fracture de la mandibule avec déplacement latéral ;

3° Simple fracture de la mandibule avec déplacement vertical ;

4° Deux ou plusieurs fractures de la mandibule avec perte de substance ;

5° Blessure du maxillaire supérieur par arme à feu ;

6° Fracture comprenant la perte de la portion antérieure de la mandibule, le maxillaire ou la totalité d'un côté, ainsi que les tissus mous adjacents.

Personnellement je pense que les fractures mandibulaires

---

1. *Presse médicale*, 1915.
2. *British Dental Journal*, 1916.

devraient être classées suivant les causes ou source de déviation (post-élévateurs. inter-élévateurs, pré-élévateurs, post-abaisseurs, inter-abaisseurs, avec ou sans perte de substance), leur traitement devant être physiologique est lié aux causes de la déviation. La déviation nous fixe à la fois sur le siège et l'étendue de la lésion en nous indiquant les conséquences ; réciproquement, le siège d'une fracture doit nous faire prévoir ses conséquences quant aux déviations. Le traitement physiologique variera suivant les conséquences entraînées ou prévues afin de les anihiler.

Le professeur Cavalié [1], de Bordeaux, divise le traitement en trois temps :

1° Réfection de l'arc mandibulaire ;

2° Orientation de l'arc mandibulaire ;

3° Contention temporaire et définitive.

Cette division est purement anatomique, l'auteur l'appelle d'ailleurs la méthode *anatomo-clinique* des 3 temps, et, conséquemment, il emploie souvent comme moyens de traitement la fixation inter-arcade (ficelage, bouche fermée, bouche entr'ouverte (à des degrés variables suivant les cas ou les phases du traitement).

M. Hern [2] divise le traitement en deux temps :

1° Fixation ou support des fragments. Correction et prévention des déviations ;

2° Restauration des parties manquantes.

Comme la précédente, cette méthode de traitement est basée sur les rapports anatomiques.

MM. Roy et Martinier [3] indiquent les conditions suivantes que doivent remplir les appareils de traitement des fractures des maxillaires :

1° Simples, intra-buccaux ;

2° De nettoyage facile ;

3° De gêne minima pour le porteur ;

---

1. *Bulletin mensuel de la réunion dentaire militaire*, janvier 1916 et *Odontologie*, 30 avril 1916.

2. *British Dental journal*, 15 février 1916.

3. Le traitement des blessures de guerre de la région maxillo-faciale, *Odontologie*, 30 décembre 1915.

4° *Rétablissant le plus rapidement possible les mouvements de mastication.*

Ces auteurs tiennent donc compte, lors de la combinaison de l'appareil, des conditions physiologiques dans lesquelles il placera le maxillaire ; aussi ne les voyons-nous jamais préconiser l'immobilisation mandibulaire.

L. Frey [1] divise le traitement des fractures mandibulaires en 4 stades :

1° Orthognatiques ;

2° Statiques (contention et maintien) ;

3° *Dynamique* (rétablissement de la synergie musculaire) ;

4° Prothétique (restauration).

Les deux premiers temps de Cavalié, ainsi que le premier temps de Hern, sont compris dans le premier stade de Frey, le troisième temps de Cavalié est compris dans le deuxième stade de Frey, tandis que son quatrième stade contient le deuxième de Hern. Seul Frey indique un stade dynamique et ses méthodes de traitement en bénéficient : pour ses réductions orthognatiques, il emprunte fréquemment l'ancrage inter-maxillaire, maintient libres les surfaces occlusales des dents et procède à des exercices dynamiques soigneusement combinés et d'une puissance mesurée.

I. — *Mécanisme dentaire.*

Dans un travail précédent où j'étudiais le mécanisme dentaire humain, j'ai tenté de démontrer l'intime liaison existant entre les dispositions anatomiques des différentes parties constituant l'appareil de mastication et le but fonctionnel de cet appareil [2].

Je m'efforçais de démontrer en outre que : « le mécanisme dentaire humain comprend un certain nombre de caractères étroitement reliés entre eux, variables suivant les indivi-

---

1. Aperçu de la prothèse restauratrice dans les fractures des mâchoires et les mutilations de la face, *Paris médical*, 21 août 1915 ; Prothèse restauratrice, une année d'expérience, quelques conclusions, *Odontologie*, février 1916.

2. Le mécanisme dentaire hnmain, Société d'Odontologie, février 1914.

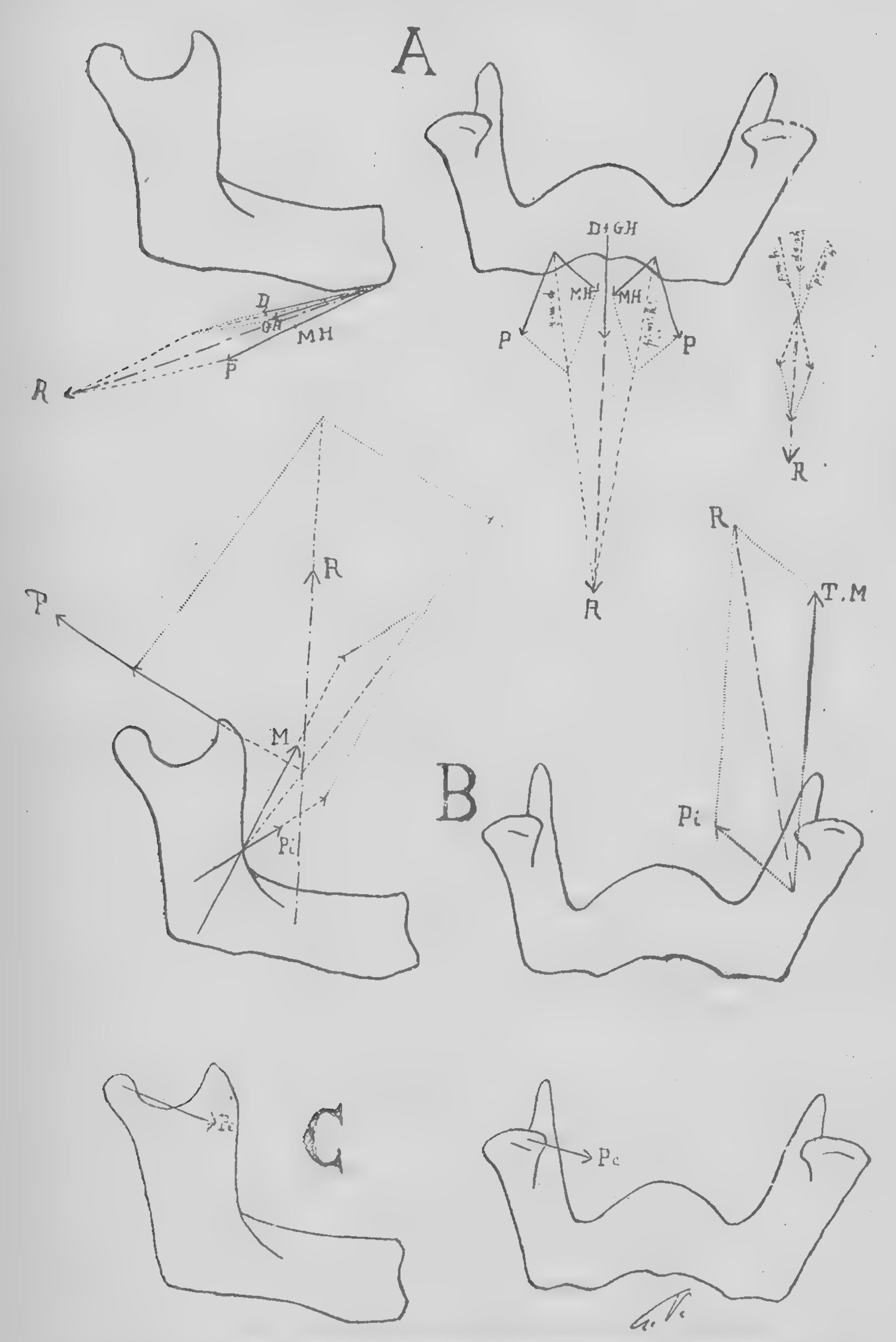


Fig. 1. — Parallélogramme des groupes de forces engendrant :
A. Le mouvement d'abaissement et celui de rétropulsion (dans le mouvement d'abaissement l'action du ptygoïdien externe entre en jeu tandis que dans le mouvement de rétropulsion c'est l'action du temporal).
B. Le mouvement d'élévation.
C. Le mouvement de propulsion si l'action est bi latérale, de diduction si l'action est uni-latérale

dus, mais la variation d'un des caractères entraîne la variation de tous les autres tant ils sont harmonieusement et proportionnellement combinés ».

Ces caractères sont d'ordre :

1° STATIQUE ou ANATOMIQUE : siège, grandeur, direction des dents et leurs rapports entre elles sur un même maxillaire (forme de l'arcade : courbes horizontale, sagittale et frontale) ; rapport des condyles entre eux et avec l'arcade, inclinaison de la passe du condyle ; rapport des maxillaires et des dents antagonistes entre eux : *occlusion* ;

2° DYNAMIQUE : répartition des forces musculaires (parallélogramme des forces pour un groupe musculaire destiné à produire une même action, élévation, abaissement, etc., et parallélipipède des forces pour l'ensemble des forces musculaires développées dans la mastication) ;

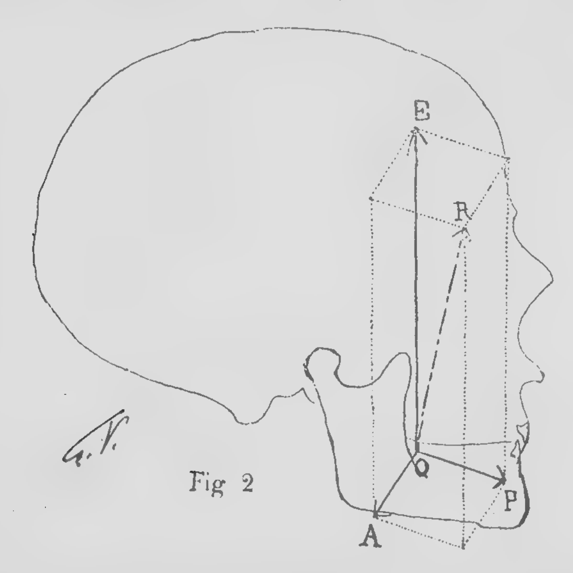
3° CINÉMATIQUE : mouvements mandibulaires, rapports articulaires des maxillaires et des dents antagonistes entre eux : *articulation*.

Pour traiter physiologiquemant les fractures de la mandibule, il est indispensable de connaître parfaitement le mécanisme dentaire humain, qui comprend, outre les rapports statiques des organes : 1° l'étude des forces concourant à la mastication (dynamique) ; 2° celle des mouvements mandibulaires engendrés par ces forces (cinématique). 1° *L'étude des forces* comprend la recherche de la résultante de chaque groupe de force (voir fig. 1, parallélogramme des forces : A. d'abaissement et de rétropulsion ; B, d'élévation ; C, de propulsion et de rétropulsion), puis la recherche de la résultante des forces dans l'action combinée de tous les muscles masticateurs lors de la trituration des aliments : (voir fig. 2) résultante de toutes les forces sur un côté, parallélipipède des forces.

De cette étude découlent les données précises sur le déplacement des fragments après fractures ; ce déplacement peut toujours être géométriquement et mécaniquement énoncé si l'on connaît le siège et l'étendue de la fracture, ainsi que les lésions intéressant les muscles de la mastication ; comme

corollaire, la direction du déplacement d'un ou des fragments détermine le siège de la fracture et les lésions musculaires.

C'est en faisant le parallélipipède des forces exercées sur les fragments dans une fracture pré-élévateurs unilatérale gauche avec perte de substance, par exemple, que l'on comprend pourquoi dans la fermeture de la bouche c'est l'extrémité du grand fragment qui s'élève plus rapidement que



Parallélipipède des forces concourant au mouvement de circumduction nécessaire au broiement des aliments (seul côté).

O E : Résultante des forces d'élévation.
O A : Résultante des forces d'abaissement.
O P : Résultante des forces de propulsion.

le centre de ce fragment (fig. 3), obligeant le blessé à mordre en deux temps. 1er temps : le maxillaire s'élève en pivotant autour du condyle droit, les dents au bord du trait de fracture prennent contact avec leur antagoniste. 2e temps : le maxillaire pivote autour de ce point d'une part et du condyle droit d'autre part pour assurer l'occlusion, les dents intermédiaires prenant alors contact avec leur antagoniste.

Grâce à ces mêmes données mécaniques, on comprend les déviations dissemblables que peuvent présenter les fractures d'une même région, la fracture de la branche mon-

tante, appelée également post-dentaire ou terminale, par exemple, entraîne des déplacements et en conséquence un

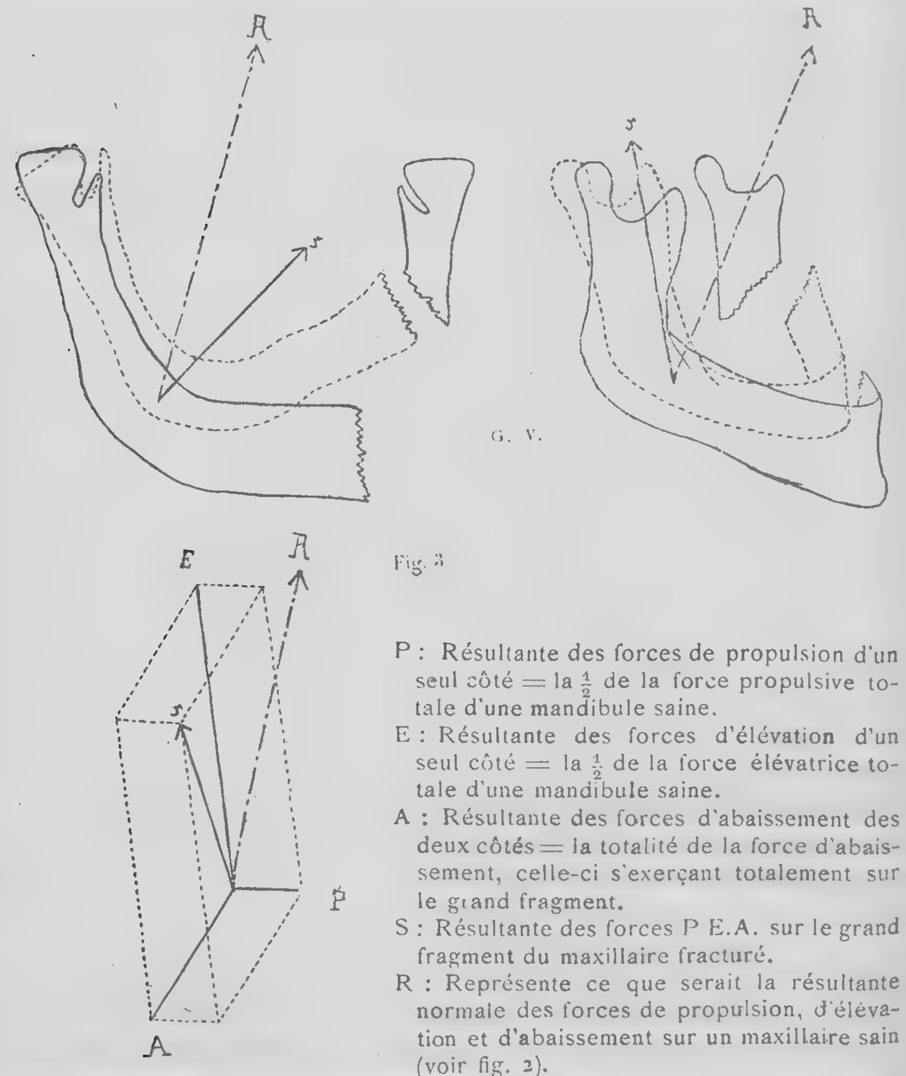


Fig. 3

P : Résultante des forces de propulsion d'un seul côté = la $\frac{1}{2}$ de la force propulsive totale d'une mandibule saine.

E : Résultante des forces d'élévation d'un seul côté = la $\frac{1}{2}$ de la force élévatrice totale d'une mandibule saine.

A : Résultante des forces d'abaissement des deux côtés = la totalité de la force d'abaissement, celle-ci s'exerçant totalement sur le grand fragment.

S : Résultante des forces P E.A. sur le grand fragment du maxillaire fracturé.

R : Représente ce que serait la résultante normale des forces de propulsion, d'élévation et d'abaissement sur un maxillaire sain (voir fig. 2).

Le schéma supérieur droit représente en R la résultante des forces de la mastication (côté gauche) sur un maxillaire sain, S la résultante sur ce même côté du maxillaire fracturé à gauche entre les élévateurs et les abaisseurs, le schéma inférieur comparé à la figure 2 montre que la direction semblable de R et S vient de ce que la totalité des abaisseurs agit sur le grand fragment du maxillaire.

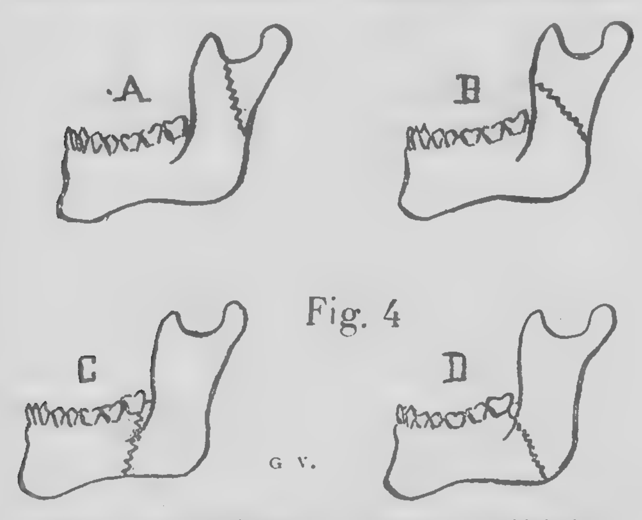
traitement différent, suivant que le trait de fracture est post-élévateur (fig. 4 A) ou inter-élévateur (fig. 4 B), de même, pour une fracture du corps de la mandibule, région

postérieure, celle-ci pouvant être pré-élévateur (fig. 4 C) ou inter-élévateur (fig. 4 D).

2° *L'étude des mouvements mandibulaires* peut se résumer ainsi :

A. — Le mouvement *d'abaissement* est un mouvement curviligne (action des abaisseurs), entraînant la masse dans un mouvement de translation (action des propulseurs) en mobilisant le corps sur lequel elle repose (ménisque), ce

Déviation vertico-distale. Déviation vertico-mésiale.



Déviation vertico-distale. Absence de déviation.

Fractures de la branche montante :

A Fracture post-élévateurs.
B Fracture inter-élévateurs (supérieurs).
D Fracture inter-élévateurs (inférieurs).
C Fracture pré-élévateurs.

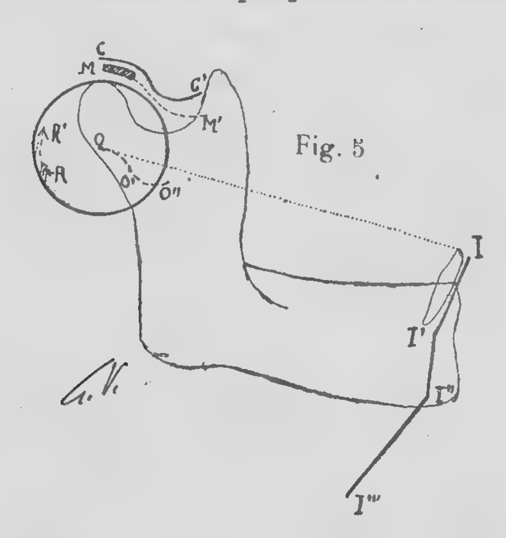
mouvement est comparable à celui d'une roue tournant sur un plancher mobile qu'elle entraîne (fig. 5).

B. — Le mouvement d'élévation est également un mouvement curviligne (action des élévateurs) entraînant la masse dans un mouvement de translation, l'action des propulseurs disparaît tandis que certaines fibres des abaisseurs agissent comme rétropulseurs (fig. 6) ; la translation peut, dans l'élévation, contrairement à ce qui se passe dans l'abaissement, ne pas accompagner le mouvement curviligne, parce que l'action des propulseurs peut être volontairement maintenue partiellement ou totalement (fig. 7).

Le mouvement d'élévation est comparable à celui d'un volant (monté sur un axe mobile) actionné par une bielle.

Ces deux mouvements (abaissement et élévation), identiques, mais inverses, ne sont pas provoqués par des forces de distribution semblable, d'où la dissemblance de leur reproduction mécanique.

C. — Le mouvement de propulsion est un mouvement



M : Ménisque (sol mobile).
C C' : Plan de glissement du ménisque.
M M' : Direction du mouvement imprimé au sol mobile.
R R' : Direction du mouvement circulaire du condyle (roue).
O : Centre de rotation de la mandibule dans le premier temps de l'abaissement.
O', O" : Même centre de rotation déplacé en ces points lors du mouvement de translation accompagnant l'abaissement.
O O' O" : Chemin parcouru par le centre de rotation.
O I · Rayon prolongé au point incisif.
I I' : Mouvement parcouru par les incisives dans le premier temps de l'abaissement (le mouvement de translation ne s'est pas encore produit).
I' I" : Mouvement parcouru par les incisives tandis que le centre de rotation se déplaçait de O en O'.
I" I"' : Mouvement parcouru par les incisives tadnis que le centre de rotation se déplaçait de O' en O".

de translation suivant un plan plus ou moins oblique variant avec l'inclinaison de la passe du condyle, le mouvement de propulsion est comparable à un glissement qui s'opère par translation rectiligne ou curviligne, selon la forme plus ou moins concave de la surface parcourue, portion antérieure de la cavité glénoïde et portion postérieure de la racine transverse de l'apophyse zygomatique.

D. — Le mouvement de rétropulsion est identique, mais inverse.

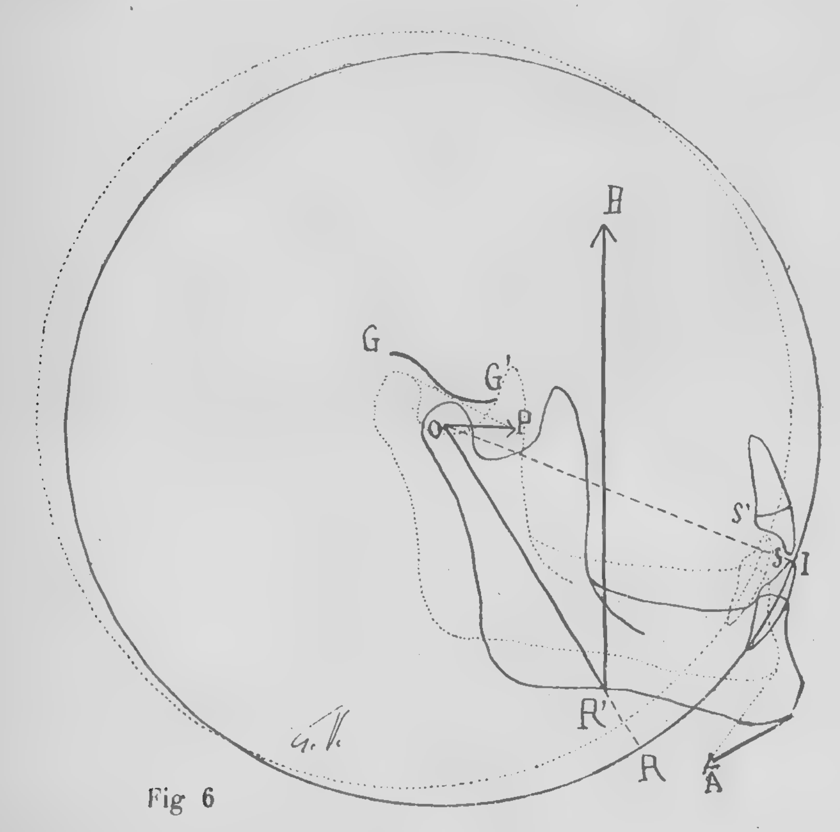


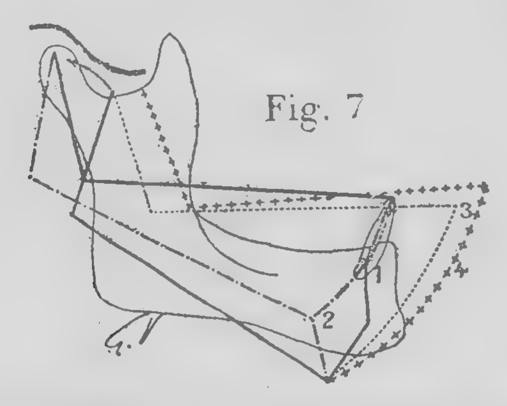
Fig 6

O : Condyle = axe de volant mobile.
R B : Résultante des forces d'élévations = bielle.
O I et O R : Rayons du volant.
O R' : Parallèle au rayon O R ou portion de celui-ci = manivelle.
R' : Attache musculaire = articulation de la bielle avec la manivelle.
O P : Force propulsive.
A : Résultante des forces d'abaissement.
G G' : Passe du condyle.
S S' : Passe des incisives (dans le dernier temps de l'élévation : incision).

E. — Le mouvement de diduction est provoqué par un mouvement alternatif de propulsion et de rétropulsion unilatérale.

F. — L'ensemble des mouvements mandibulaires se combine pour triturer les aliments en un mouvement complexe : curviligne, alternatif, varié, appelé mouvement de circumduction, pendant lequel un point quelconque pris sur la mandibule se déplace comme le point matériel situé à

l'extrémité de la liaison d'un pendule conique, c'est-à-dire que ce point parcourt la surface d'une sphère. En conséquence, comme je l'ai démontré antérieurement[1], les surfaces articulaires des maxillaires, condyle et pointes des cuspides (les 6 dents antérieures, supérieures exceptées) prennent contact simultanément sur la surface d'une



1 — Passe des incisives dans le mouvement d'élévation, semblable à celle du mouvement d'abaissement ;
2 — Le condyle reprend sa position postérieure, le mouvement d'élévation s'opère ensuite ;
3 — Le condyle pendant l'élévation garde la position qu'il occupait lorsque le maxillaire était complètement abaissé ;
4 — Le condyle se déplace en avant tandis que s'opère le mouvement d'élévation, il exagère donc la propulsion acquise dans l'abaissement.

sphère (fig. 8 A) au centre de laquelle se rencontreraient les grands axes prolongés de toutes les dents (les 6 dents antérieures, inférieures exceptées (fig. 8 B).

La production de chacun des mouvements mandibulaires exige une combinaison de force, la perte d'équilibre dans cette combinaison entraîne une variation dans le mouvement, l'action de chaque muscle doit être étudiée isolément quant au mouvement qu'elle est susceptible d'engendrer ; chaque action de groupement musculaire doit être étudié de la même façon. La production des mouvements d'abaissement, d'élévation, de propulsion et de rétropulsion exige en outre la synergie des groupes musculaires gauches et droits.

---

1. *Le mécanisme dentaire humain*, Société d'Odontologie, février 1916.

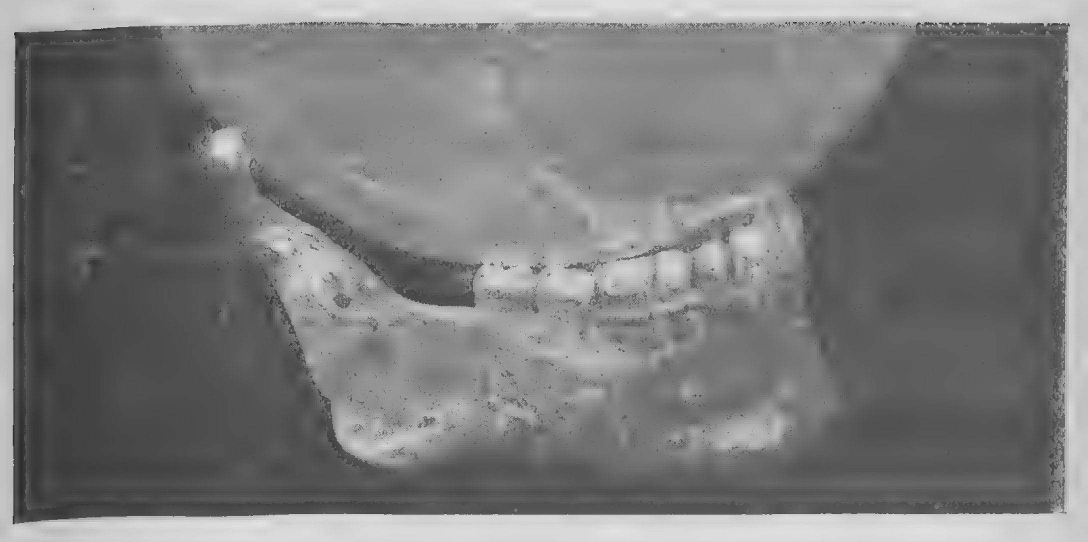


Fig. 8 A.

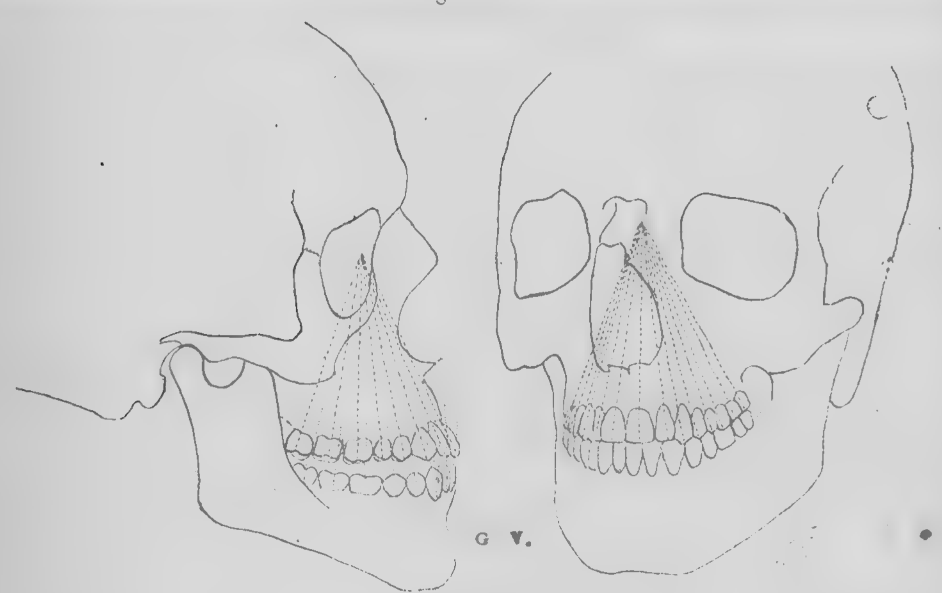


Fig. 8 B.

8 A : Les surfaces articulaires du maxillaire prennent contact simultanément avec les surfaces d'une sphère.
8 B : Les grands axes prolongés des dents se rencontrent au centre de cette sphère dont ils forment autant de rayons, ils circonscrivent la surface d'un cône.

II. — *Traitement physiologique.*

Dans le traitement des fractures de la mandibule, l'objectif principal du thérapeute doit être le rétablissement inté-

gral de la fonction ; or, ces fractures reconnaissent pour conséquence immédiate la rupture de l'équilibre fonctionnel.

La consolidation vicieuse d'une fracture de la mandibule, ne fût-elle que légèrement vicieuse, entraîne *ipso facto* des troubles fonctionnels très sérieux.

Les troubles esthétiques ont, au contraire, moins de conséquences, d'ailleurs, le rétablissement intégral de la fonction, nécessitant la reconstitution de l'arc mandibulaire, a pour conséquence de rétablir simultanément l'esthétique.

Dans les fractures mandibulaires, il n'y a pas perte d'énergie, c'est au contraire celle-ci qui entraîne les déviations. La déviation a pour cause la rupture de l'équilibre des forces, c'est donc une modification de l'action physiologique par rupture de la synergie musculaire. L'absence prolongée de la synergie musculaire entraîne l'atonie des muscles, qui sont peu ou ne sont plus sollicités par diminution ou perte de la fonction.

Le traitement rationnel des fractures et des déviations consécutives doit donc procéder de la physiologie plus que de l'anatomie.

Il a pour but de *rétablir le dynamisme mandibulaire*.

La rupture dynamique provenant de la rupture de l'équilibre musculaire, le traitement ne peut être rationnel que s'il a pour but de solliciter la synergie musculaire.

Nous devons rechercher à placer et maintenir les fragments dans leurs *rapports physiologiques*, c'est-à-dire dans leurs *rapports d'articulation*, avec les *surfaces articulaires* antagonistes.

Pour rétablir la synergie musculaire, pour la développer (par utilisation des fibres restantes si des débris d'un muscle traumatisé subsistent seuls, par remplacement d'un muscle perdu en sollicitant le concours d'un muscle dont l'action n'était pas ou peu utile au mouvement mandibulaire, tel le buccinateur, etc.) et pour éviter l'atonie musculaire, il est indispensable d'utiliser des appareils passifs

ou de réduire au minimum (en puissance et en durée) leur action s'ils sont actifs, les muscles devant seuls, autant que possible, nous procurer les moyens d'action.

Nous ne devons pas chercher à créer des forces artificielles, nous devons développer, au contraire, les forces naturelles qui subsistent.

Les déviations dues aux luxations et subluxations anciennes de la mandibule sont susceptibles de la même thérapeutique.



Une méthode de traitement essentiellement physiologique, c'est-à-dire *une méthode basée sur le rétablissement de l'équilibre dynamique, empruntant comme forces celle des muscles du blessé* qui devront concourir au maintien de l'équilibre dynamique rétabli *et restituant à l'individu les conditions cinématiques particulières de sa mandibule* est-elle applicable ? Je le crois et j'en décrirai quelques applications au cours de cette étude. J'estime qu'une telle méthode généralisée présenterait des avantages multiples.

Tout d'abord les tissus seraient placés dans des conditions biologiques normales, la fonction étant indispensable à la vie des organes comme à celle des cellules, le rétablissement intégral et rapide de la fonction ne peut qu'activer la guérison. Les muscles étant maintenus en travail, leur tonicité subira le minimum d'atteinte, tandis que les mouvements mandibulaires rétablis contribueront grandement au rétablissement, puis au développement de la synergie musculaire. Les déviations secondaires ne seront plus à craindre (ex. : engrènement normal des dents avec déviation latérale de la mandibule dans l'abaissement, bouche du chantre de village). Enfin, l'engrènement physiologique des dents, c'est-à-dire leur articulation, sera intégralement rétabli ; ce point est d'une importance capitale si l'on songe que l'engrènement statique ou anatomique, c'est-à-dire l'occlusion peut être parfait et n'être d'aucune utilité fonction-

nelle s'il n'est pas accompagné d'une bonne articulation. Chez nos blessés du maxillaire, des causes multiples réduisent l'énergie musculaire, des mouvements susceptibles d'amener les dents en occlusion, mais incapables de provoquer le glissement de leur surface articulaire ne permettront pas au malade de broyer les aliments ; au contraire, si le mécanisme dentaire pouvait être rétabli d'une façon idéale, la puissance musculaire pourrait sans inconvénient être très notablement réduite : nos dentiers montés physiologiquement nous en fournissent journellement une preuve éclatante.

*
* *

Le traitement physiologique des fractures de la mandibule comprend nécessairement deux phases : pendant la première s'opère le rétablissement de l'équilibre dynamique, pendant la seconde le maintien de cet équilibre rétabli.

1re phase : rétablissement de l'équilibre dynamique.	Immédiat.	Prothétique.
		Chirurgical.
	Progressif.	Orthognatique.
2e phase : maintien de l'équilibre dynamique.	Prothétique.	
	Chirurgical.	
	Mixte.	

Le massage, l'électricité sont de précieux adjuvants du traitement physiologique qui devront être utilisés en temps opportun, tandis que la restitution de la mastication représente la mécanothérapie idéale.

Le rétablissement immédiat de l'équilibre dynamique s'opère chez un fracturé récent ne présentant qu'une perte de substance très restreinte. Le rétablissement chirurgical, suture osseuse, semble enfin devoir être abandonné.

Le rétablissement progressif s'opère chez les fracturés anciens ou chez ceux qui présentent une perte de substance de quelque importance, l'action progressive peut être plus ou moins rapide, elle doit être réglable et parfaitement contrôlable afin de ne pas nuire à la consolidation, il faut

en effet profiter des éléments de périoste ou des esquilles ostéogènes contenus dans le foyer de fracture et veiller à ne pas séparer trop brusquement ces éléments qui ne doivent pas être traumatisés d'une part et dont la proximité relative forme, d'autre part, un élément essentiellement favorable à leur future solidarité. Ces éléments peuvent être étirés, ils ne doivent être ni séparés ni lésés.

Le maintien de l'équilibre dynamique peut s'obtenir par des procédés entièrement prothétiques dans certains cas, dans d'autres le chirurgien peut intervenir (greffes cartilagineuses, osseuses et autogènes), enfin le maintien peut être obtenu par un procédé mixte dans le cas de perte de substance particulièrement importante (prothèse interne). Le procédé chirurgical ne peut jamais être exclusivement employé, si l'on désire obtenir un maintien physiologique pour assurer les mouvements mandibulaires ausssitôt que possible, il est indispensable que les différentes portions du maxillaire soient fortement maintenues par une application prothétique et que les mouvements de la mandibule soient correctement guidés afin d'éviter la compression et le plissement du greffon.

(A suivre.)

LE TRAITEMENT DES BLESSURES DE GUERRE DE LA RÉGION MAXILLO-FACIALE

Quelques procédés de technique appliqués au Comité de Secours aux Blessés des Maxillaires et de la Face

(Suite et fin.)

Par MM.

MAURICE ROY,
Président et chef du service clinique du Comité.

PAUL MARTINIER,
Chef du service technique du Comité.

(Conférence à la Société d'Odontologie de Paris, 25 juin 1915.)

Le soldat *P...*, *N° 383*, n'était pas dans un état plus satisfaisant quand il est entré dans notre service, vous pouvez en juger par sa photographie (I, fig. 40) prise à ce moment[1].

Cet homme a eu le menton et les deux tiers antérieurs du maxillaire inférieur emportés par un éclat d'obus (fig. 39).

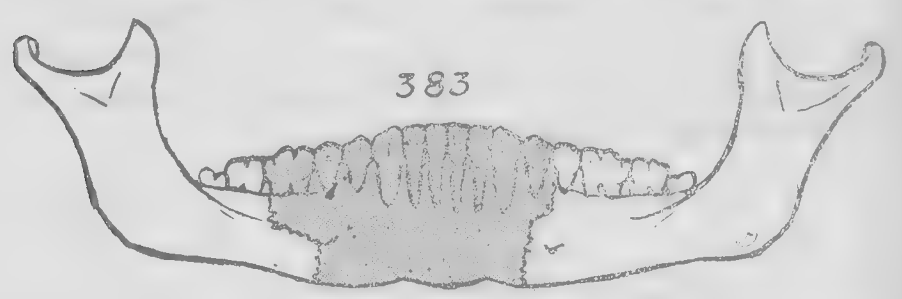


Fig. 39. — Le soldat *P...* *N°* 383. Destruction des deux tiers antérieurs du maxillaire inférieur, schéma des lésions osseuses.

A son entrée au Comité, la cavité buccale était entièrement ouverte dans sa partie antérieure, les parties molles suppurant abondamment, la salive baignant continuellement tous les pansements. Les fragments étaient déjà fortement déviés vers la ligne médiane (I, fig. 41).

Cet homme blessé le 24 février 1915 est entré au Comité le 29 mars suivant. En raison de ses lésions, il nous fallait : 1° réduire les fragments déviés et les placer en occlusion

1. Le soldat *P...*, *N°* 383, a été soigné au Comité, par M. Joseph ROBINSON.

normale ; 2° donner au chirurgien un squelette de soutien pour la restauration autoplastique ; 3° enfin, après la restauration autoplastique il nous fandrait dilater et assouplir les cicatrices.

Ces divers temps prothétiques ont été exécutés à l'aide d'un seul et même appareil combiné à l'avance dans ce but et dont il est facile de se rendre compte de la combinaison par la figure 42.



Fig. 40. — Le soldat *P...* *N°* 383. Destruction des deux tiers antérieurs du maxillaire inférieur, large destruction des parties molles du menton et de la lèvre inférieure.

I. — Le blessé à son entrée au Comité.

II. — Le même à sa sortie avec l'appareil représenté fig. 43.

La figure 41 représente l'appareil démonté en trois pièces, il est ainsi composé :

A) 2 gouttières en argent coulé scellées sur les fragments restants et destinées à les redresser à l'aide de fils de piano suivant le procédé décrit pour les cas *N°s 89* et *127*, p. 6 et 9. L'une de ces gouttières (celle de gauche) supporte une ailette qui a pour objet de maintenir le fragment en bonne position d'occlusion en glissant sur une ailette opposée fixée au maxillaire supérieur.

B) Une barre d'argent ayant la forme approximative de l'arcade à remplacer et dont les extrémités pénètrent dans

deux tubes soudés à la partie linguale des deux gouttières et les maintenant dans la bonne position une fois la réduction obtenue.

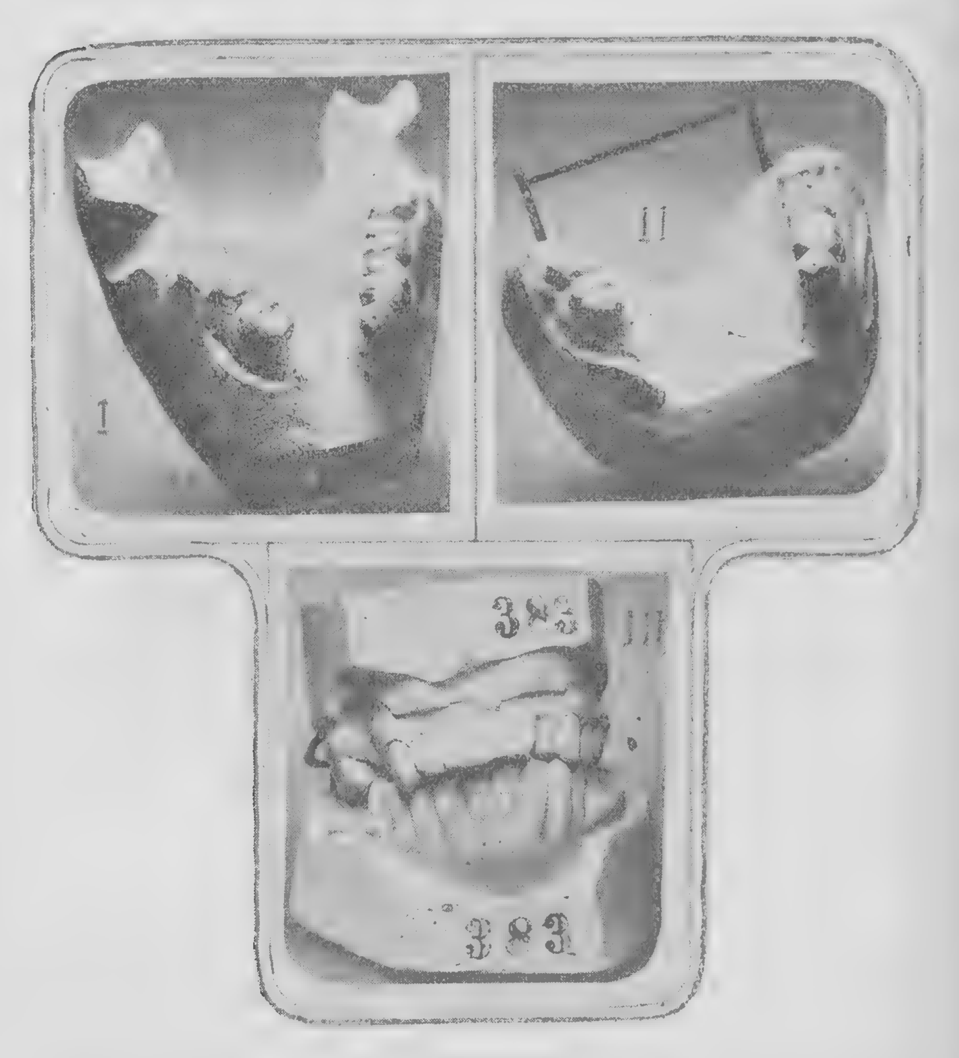


Fig. 41. — Le soldat *P*... *N°* 383. Destruction des deux tiers antérieurs du maxillaire inférieur, large destruction des parties molles du menton et de la lèvre inférieure.

I. — La mâchoire inférieure avant réduction des fragments.
II. — La même après réduction et dans la position où a été appliqué l'appareil pré-opératoire représenté fig. 42, II.
III. — Moulage des mâchoires avec l'appareil définitif représenté fig. 43.

C) Un bloc de caoutchouc fixé par deux vis à la barre d'argent et destiné à servir de soutien aux parties molles

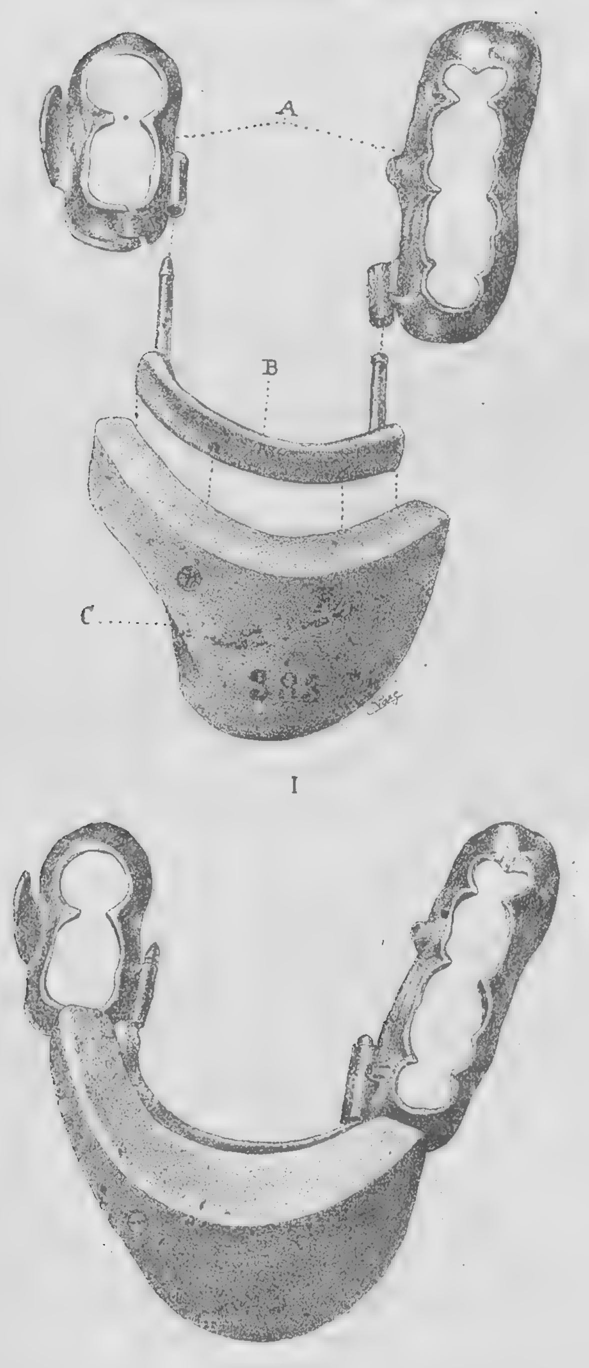


Fig 42. — Le soldat *P... N°* 383. Appareil de réduction et de prothèse squelettique pré-opératoire (Voir la description p. 240).

I. — L'appareil démonté.

II. — L'appareil monté, tel qu'il est appliqué au moment de l'opération.

pour l'opération autoplastique et devant servir ensuite à dilater progressivement les brides cicatricielles, au moyen de son augmentation de volume par couches successives de gutta-percha appliquées sur ses faces externes et basales.

La figure 42 représente les différentes parties de l'appareil réunies tel qu'il est appliqué sur le blessé au moment de l'opération.

Les deux gouttières *A* furent d'abord scellées et l'on fit la réduction des fragments au moyen de ressorts en fil de de piano. Cette réduction obtenue en trois semaines et les fragments étant en bonne ocelusion (fig. 41, II) on place la barre d'argent *B* sur laquelle venait se visser le bloc de caoutchouc *C*. L'appareil ainsi disposé, M. Pauchet, chirurgien de l'Ambulance du Louvre a pu faire à P..., il y a peu de temps, une première opération dont vous voyez les résultats déjà très intéressants ; une deuxième opération sera exécutée dans quelque temps, mais, dès maintenant, nous allons lui faire de la dilatation des tissus restaurés par l'adjonction progressive de couche de gutta-percha autour du bloc de caoutchouc [1].

*
* *

Le soldat *Pot...*, *N° 389* que nous vous présentons maintenant, est un cas différent des deux premiers [2] ; il a été blessé par une balle qui lui a ouvert la joue droite depuis la commissure labiale jusqu'à l'oreille (I et II fig. 44) en lui broyant le tiers droit de la branche horizontale de la mandibule (fig. 45). Cet homme qui nous a été amené de bonne heure présentait cependant déjà une déviation marquée vers la droite du fragment horizontal restant. Nous lui avons placé très rapidement deux gouttières en haut et en bas avec des ailettes de contention inter-maxillaire pour main-

1. Depuis cette conférence le traitement de ce blessé s'est poursuivi et il est aujourd'hui à peu près terminé, les diverses opérations autoplastiques combinées avec nos interventions prothétiques ont redonné à ce brave homme une physionomie satisfaisante (II, fig. 40) et nous lui avons finalement posé récemment l'appareil représenté fig. 43.

2. Le soldat *P...*, *N°* 389 a été soigné au Comité par M. **Dreyauchelle**.

tenir en bonne position la partie restante de sa mâchoire dont la déviation était facilement réductible. Il y a un mois, M. le professeur Kirmisson lui a fait une première opération autoplastique qui lui a fermé presque complètement sa brèche de la joue malgré la faible quantité de tissu dont

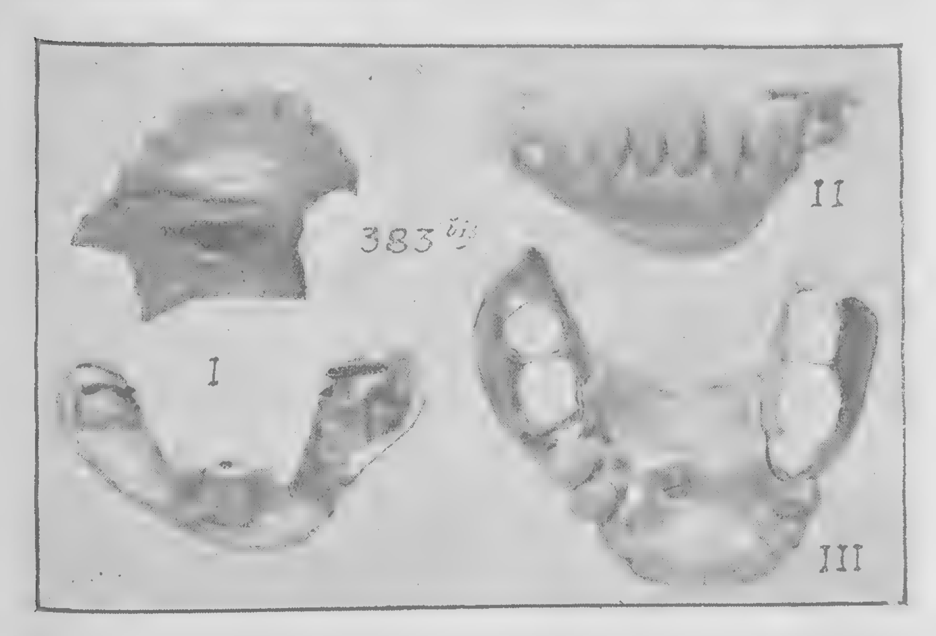


Fig. 43. — Le soldat *P... N°* 383. Appareil définitif de restauration maxillaire.
Cet appareil de poids lourd est constitué en deux parties, la photographie I représente ces deux parties séparées. La partie inférieure, basale, est en argent coulé et repose sur les dents et les parties molles de l'arcade disparue ; elle comporte à sa partie antérieure une masse d'argent destinée à servir de tenon à glissière pour la relier à la partie supérieure. Au centre de cette masse, il a été ménagé une gaîne taraudée destinée à une vis fixant les deux parties de l'appareil. La partie supérieure, esthétique et masticatoire, restaure la grosse perte de substance antérieure, elle est construite en étain et supporte une série de neuf dents : la gencive est reproduite à l'aide de ciment synthétique rose et donne un résultat parfait au point de vue esthétique.
La photo II représente l'appareil monté vu par sa face externe et la photo III le même vu par sa face linguale, dans cette dernière on remarque au centre la vis reliant les deux parties de l'appareil.
Cet appareil est vu en place fig. 40, II et fig. 41, III.

on disposait et vous voyez le résultat déjà obtenu (III et IV, fig. 44) par comparaison avec l'état primitif ; la mâchoire est en position absolument correcte grâce à l'appareil posé alors que sans cela elle serait aujourd'hui complètement déviée à droite et fixée dans cette position par la rétraction cicatricielle.





Fig. 44. — Le soldat *Pot...* Nº 389. Destruction du tiers postérieur droit du maxillaire inférieur de l'angle de la mâchoire et de la partie inférieure de la branche montante : grande perte de substance depuis la commissure labiale jusqu'à l'oreille droite.

I et II. — Le blessé à son entrée au Comité.

III et IV. — Le même après la première opération au moment de sa présentation.

*
* *

Un autre blessé, le soldat *Br...*, *N° 386* présente un cas assez simple mais intéressant quand même [1] car le résultat très satisfaisant obtenu avec une prothèse pré-opératoire très simple eut été tout à fait défectueux sans elle comme nous en avons de nombreux exemples.

Cet homme, blessé par une balle qui lui avait enlevé presque toutes les dents à la mâchoire supérieure et fracturé la portion alvéolaire de cet os, avait une sorte de bec-de-

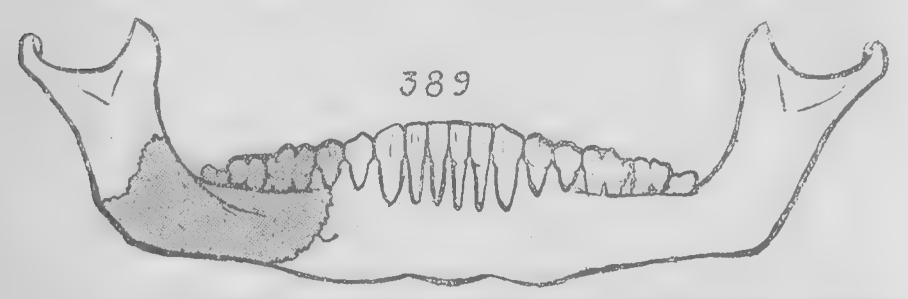


Fig. 45. — Le soldat *Pot...* N° 389. Destruction du tiers droit du maxillaire inférieur, schéma des lésions osseuses.

lièvre labial supérieur produit par le projectile (I, fig. 46). Nous avons demandé au chirurgien d'attendre pour restaurer la lèvre qu'on pût poser à ce blessé un appareil prothétique simple qui servirait de soutien à la lèvre au moment de l'opération et après celle-ci. Grâce à cette précaution pré-opératoire vous voyez que la lèvre est refaite sans aucune déformation, ni raideur et que cet homme ne gardera aucune trace apparente de sa blessure (II, fig. 46).

*
* *

Pour terminer cette série de présentations qui auront fait défiler devant vous une variété assez grande de cas divers nous vous présenterons un de nos plus grands blessés et un de ceux où les problèmes prothétiques que nous avons eu à résoudre et que nous aurons à résoudre par la suite sont

1. Le soldat *B...*, N° 386 a été soigné au Comité par M. JEAY.

des plus ardus, c'est le soldat territorial *G...*, *N° 277*, qui a eu par un éclat d'obus une destruction presque complète de la branche horizontale du maxillaire inférieur à l'excep-



Fig. 46. — Le soldat *Br... N°* 386. Blessure de la lèvre supérieure par un éclat d'obus, fracture de presque toutes les dents et du bord alvéolaire à la mâchoire supérieure.

I. — Le blessé à son entrée au Comité.

II. — Le même après restauration de la lèvre : un appareil prothétique restaurant les parties osseuses et les dents perdues avait été placé avant l'opération pour servir de soutien et de guide aux parties molles.

tion de deux petits fragments latéraux (fig. 47) avec fracture de la mâchoire supérieure (consolidée à son entrée au Comité) et *perte de toutes les dents tant supérieures qu'inférieures.* Toute la partie inférieure de la face était détruite et largement ouverte jusqu'à la hauteur du cartilage thyroïde, la langue émergeant au milieu de cette vaste brèche avec de nombreuses cicatrices (fig. 48 et 49).

Il nous fallait faire un appareil squelettique pré-opératoire dont la combinaison paraissait des plus délicates étant donné la difficulté de la rétention en l'absence complète de dents aussi bien en haut qu'en bas et la faible hauteur qui

séparait les parties restantes de la mâchoire inférieure de la supérieure dans les mouvements d'écartement de ce qui

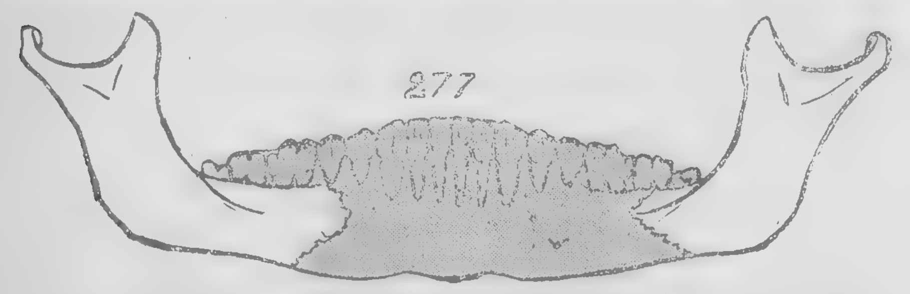


Fig. 47. — Le soldat territorial G... Nº 277. Destruction presque complète de la branche horizontale du maxillaire inférieur, perte de *toutes les dents* tant supérieures qu'inférieures. Schéma des lésions osseuses du maxillaire inférieur.



Fig. 48. — Le soldat territorial G... Nº 27'. Destruction presque complète de la branche horizontale du maxillaire inférieur, perte de toutes les dents supérieures et inférieures, énorme délabrement de toute la partie inférieure de la face jusqu'à la hauteur du cartilage tyroïde ; la langue émerge au milieu de cette vaste brèche.

était autrefois les mâchoires. Mais nous avons été favorisé par une circonstance particulière, c'est-à-dire l'inclinaison marquée de haut en bas et de dedans en dehors des fragments

inférieurs que l'on remarque sur le moulage (fig. 49) ; il résultait de cette circonstance qu'un appareil placé entre les deux fragments, grâce à leur mobilité, n'avait pas de tendance à sortir par suite de cette inclinaison qui formait rétention ;

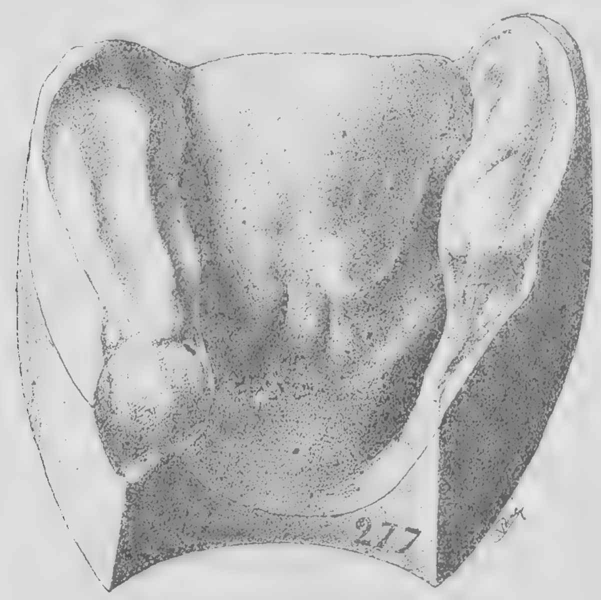


Fig. 49. — Le soldat territorial *G .. N° 277*. Moulage de la mâchoire inférieure et de la langue à son entrée au Comité.

l'opération devant tendre, par la suite, à rapprocher les deux fragments par traction directe et rétraction secondaire l'appareil devait être maintenu ainsi sans qu'il fut besoin d'aucun artifice ce que la suite justifia entièrement.

Mais il fallait aussi prévoir une chose, c'était le volume relativement grand de l'appareil comparativement à la grandeur de l'orifice buccal quand l'opération serait achevée, aussi décidâmes-nous que l'appareil serait démontable en deux parties pour être retiré et replacé sans dommage pour lui et pour les parties devant être restaurées. Vous voyez (fig. 50) l'appareil que, sur nos indications, a exécuté M. Georges Villain. Il a été confectionné sur un modèle sectionné en deux d'avant en arrière et les deux moitiés réunies avec une clef de plâtre pour profiter d'une façon complète de la position en retrait des fragments utilisée pour la rétention.

Cet appareil en caoutchouc vulcanisé est divisé en deux parties qui sont représentées légèrement séparées au niveau du trait en ligne brisée que l'on aperçoit sur le dessin ; ces deux parties sont réunies entre elles dans la bouche au moyen d'une barre centrale se terminant par deux tiges re-

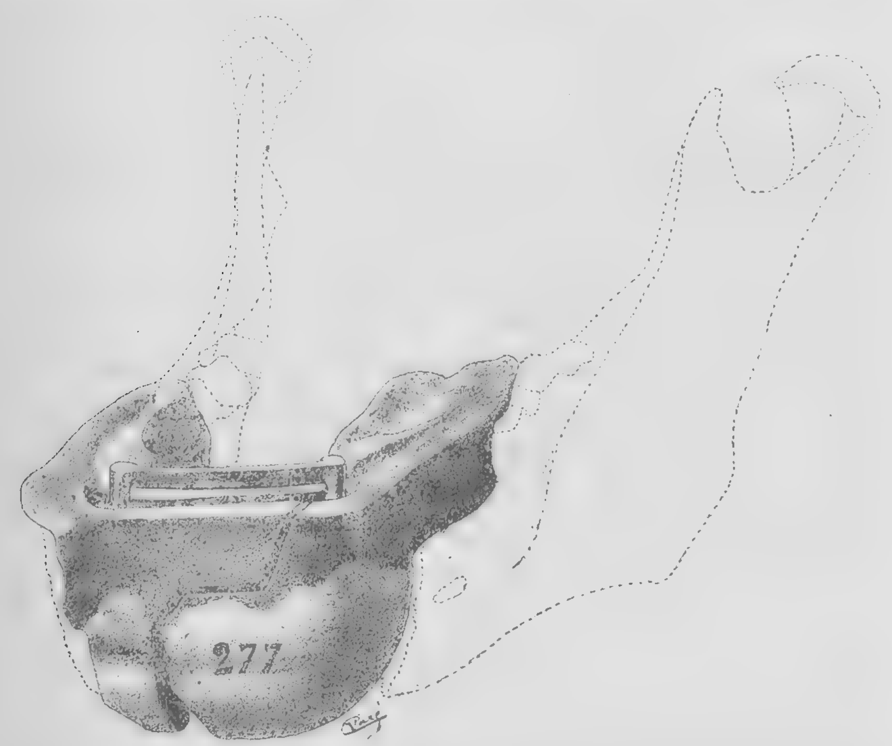


Fig. 50. — Le soldat territorial G... N° 277. Appareil de prothèse pré-opératoire. Cet appareil est en caoutchouc vulcanisé et en deux parties qui sont représentées légèrement séparées au niveau de la ligne brisée que l'on voit à la partie antérieure. Ces deux parties sont réunies par une barre centrale (représentée légèrement sortie à la partie supérieure), noyée dans le caoutchouc et qui se termine par deux tiges perpendiculaires s'enfonçant dans deux gaînes correspondantes dans la masse du caoutchouc et fixée par une petite vis de serrage représentée à la partie antérieure de la partie gauche de l'appareil au niveau de la tige verticale de ce côté qu'elle vient coincer.
La partie figurée en clair à la partie inférieure de l'appareil représente la gutta-percha qui a été ajoutée après l'opération pour dilater la cicatrice.

courbées à angle droit et pénétrant dans deux sortes de gaînes insérées dans le caoutchouc.

Le fixage de cette barre se fait à l'aide d'un verrou placé à la partie antérieure gauche et qui fonctionne à l'aide d'une clé analogue à celle des montres.

Cet appareil mis en place tenait de façon très satisfaisante

et le Dr Pochon, chirurgien de l'hôpital-école de l'Association des Dames françaises, a procédé à une première opération autoplastique dont le résultat est déjà satisfaisant eu égard à la grande perte de substance qu'il s'agissait de combler. Nous commençons maintenant, par l'adjonction de couches progressives de gutta à la partie antérieure basale de l'appareil (plus claire sur le dessin) à dilater et assouplir la lèvre qui a été reconstituée. L'appareil se démonte et se remonte assez facilement dans la bouche et est très stable dès que la barre transversale qui réunit les deux parties de l'appareil est remise en place.

Pour achever cette revue des principaux problèmes qui se posent dans le traitement des blessures de guerre de la région maxillo-faciale, il nous faudrait encore vous présenter des appareils définitifs de prothèse restauratrice après guérison des lésions ; mais nous vous en avons déjà montré quelques-uns chemin faisant et si vous le voulez bien nous vous en présenterons d'autres au cours de nouvelles présentations de malades que nous vous ferons ultérieurement.

PRÉSENTATION DE MALADES DE L'AMBULANCE AMÉRICAINE

Par M. Hayes, et ses collaborateurs.

(Communication à la Société d'odontologie, séance du 12 mars 1916).

Je vous remercie d'avoir bien voulu me faire l'honneur de m'appeler ici pour vous présenter les travaux faits à l'ambulance américaine. Je vous adresse, au nom de mes collègues de l'ambulance, l'expression de mes meilleurs vœux.

Les dossiers accrochés aux murs vous représentent quelques-uns des cas qui nous ont été confiés ; il y en a trente. Chaque cas est illustré par de nombreuses photographies des blessés prises au cours du traitement, photographies des modèles, et, pour compléter, à chaque dossier nous avons joint une observation abrégée du malade.

Je ne puis pour l'instant prendre le temps de vous parler de tous ces cas ; j'attirerai plutôt votre attention sur quelques-uns de nos blessés que nous avons amenés dans ce but.

Je voudrais d'abord vous signaler les cas de fractures présentés par notre confrère, M. Hotz ; vous trouverez les modèles, les différents appareils, les photographies, au fond de la salle. M. Hotz, qui n'a pas été inscrit à l'ordre du jour, a bien voulu nous envoyer ses cas pour que nous vous les présentions. J'attire donc tout particulièrement votre attention sur eux à un certain point de vue : presque tous ces cas ont été traités et guéris sans aucune intervention chirurgicale. Les appareils employés sont amovibles, en vulcanite, et il est intéressant de remarquer qu'on a pu obtenir de tels résultats avec des appareils aussi simples, et le peu de besoin qu'il y a d'une opération plastique, ou la facilité avec laquelle celle-ci est faite, quand les parties dures sont remises dans leur position normale et les parties manquantes restaurées.

Je voudrais aussi vous dire combien nous vous sommes reconnaissants de votre collaboration et combien nous som-

mes heureux de venir aujourd'hui vous présenter les résultats de nos travaux. Je désire exprimer surtout à MM. Roy et Martinier toute notre reconnaissance de ce qu'ils sont venus dans les premiers mois de la guerre nous donner leurs idées et leurs avis sur les difficultés que nous avons rencontrées au début de nos traitements.

Je veux attirer votre attention sur un cas particulièrement intéressant que nous avons soigné avec la collaboration de MM. Roy et Martinier au commencement. Nous en avons ici le dossier complet. Il s'agit ici d'un jeune Anglais qui fut un de nos premiers patients ; nous lui avons donné de longs soins, car il portait une blessure grave par éclat d'obus qui lui avait causé une fracture double du corps du maxillaire inférieur avec grosse perte de substance. On a fait à ce patient une greffe osseuse (tibia) le 3 juillet. Il nous a quittés fin août. Le mois dernier, j'ai vu ce blessé en Angleterre, à la Société royale de médecine de Londres, et j'ai eu le plaisir de constater une consolidation parfaite du greffon. Il pouvait manger de tout, excepté de la viande dure. Malheureusement, il nous a été impossible de lui faire un appareil de prothèse au moment de son départ. Les six dents antérieures restantes étaient complètement luxées au début du traitement ; aujourd'hui, ces dents sont parfaitement consolidées et l'occlusion est normale.

Nous vous présentons ici deux cas de greffe ; les autres cas sont représentés par les dossiers que nous avons apportés aujourd'hui. Je laisse à MM. Choquet, Davenport et Darcissac le soin de vous présenter eux-mêmes les blessés qui leur ont été confiés.

Avant de terminer, je veux vous remercier de l'occasion que vous nous avez donnée de vous montrer nos travaux et vous assurer encore une fois combien nous sommes heureux d'être d'un peu d'utilité et de rendre quelques services à la France, tout en montrant l'accord parfait de nos relations professionnelles qui ont, de part et d'autre, le même but et qui sont animées des mêmes sentiments humanitaires.

1° Fracture comminutive du maxillaire inférieur ; section trans-

versale en coup de hache de la partie supérieure de la face au niveau de la racine du nez.

Présenté par G. B. Hayes et E. Darcissac. — Opération plastique faite par le Dr Clopton.

L..., Isidore, 31 ans, est admis à l'ambulance le 5 octobre 1915. A été atteint par un éclat d'obus au niveau de la joue gauche. La portion supérieure de la face s'est déplacée en avant et sur le côté. La bouche est fermée et la lèvre supérieure recouvre complètement la lèvre inférieure. Les fosses nasales communiquent avec l'extérieur par cette large brèche, au travers de laquelle on peut apercevoir la paroi postérieure du pharynx. Impossibilité d'alimenter le malade par l'orifice buccal.

Le traitement est commencé immédiatement. Un porte-empreinte auquel sont ajustés deux prolongements latéraux sert de premier appareil de réduction et de contention. Quelques jours plus tard, cet appareil est remplacé par une gouttière métallique ajustée sur les dents restantes, et portant deux prolongements à droite et à gauche, qui serviront à immobiliser l'appareil en place au moyen de bandes de gaze attachées sur le sommet de la tête.

Le 27 octobre, sous l'anesthésie générale, le chirurgien fait quelques points de suture des tissus mous.

Le 8 novembre, la fracture est en voie de consolidation. Prise des empreintes et pose de deux appareils de prothèse dentaire.

2° Fracture ancienne du maxillaire inférieur. — Pseudarthrose. — Greffe osseuse.

Présenté par Geo. A. Roussel. — Greffe osseuse faite par le Dr Clopton.

G..., René Pierre. Blessé le 21 décembre 1914. Entré à l'Ambulance américaine le 30 novembre 1915. Fracture avec perte de substance du corps de maxillaire gauche dans le voisinage de l'angle.

Avant la blessure ce patient avait du prognathisme très prononcé du maxillaire inférieur. Occlusion anormale, contraire à la consolidation, les deux fragments se séparant à chaque mouvement antéro-postérieur; opération facilitée par la perte de substance ; une gouttière fut placée sur les dents inférieures pour immobiliser les fragments. Une autre fut placée sur les dents supérieures.

Une greffe osseuse avec une portion de tibia fut faite le 8 décembre. Le lendemain, le maxillaire inférieur fut immobilisé sur le maxillaire supérieur au moyen des gouttières réunies par des fils métalliques,

Le 1er mars, la gouttière supérieure fut enlevée pour rendre la liberté au maxillaire inférieur.

La gouttière inférieure maintient encore les deux fragments par mesure de prudence, car la consolidation de la greffe paraît assurée.

3° Fracture comminutive des corps droit et gauche du maxillaire inférieur avec perte de substance.

Présenté par Eug. Darcissac. Opération plastique faite par les Drs Harte et Mitchell.

C..., Achille, 22 ans, est admis le 1er décembre 1915. A été atteint à la joue droite par une balle qui a fracturé le corps du maxillaire inférieur et est ressortie du côté opposé en lacérant profondément les tissus mous de la région des lèvres et des joues.

A son arrivée à l'ambulance, la portion antérieure du maxillaire inférieur est très mobile ; les incisives sont en protusion et inclinées en avant sous un angle de 45° ; le fragment postérieur gauche est en inversion vers la ligne médiane. Les lèvres sont extrêmement œdématiées et sont distantes l'une de l'autre d'environ cinq centimètres. L'alimentation est liquide et l'écoulement de la salive est continu.

La fracture est réductible. Le fragment antérieur est immobilisé au moyen d'une gouttière fixée aux dents restantes du bas. La gouttière inférieure est réunie à une gouttière supérieure par des ligatures métalliques. Le malade porte un bandage en caoutchouc pour obtenir une immobilisation plus complète de son maxillaire inférieur. (Blessé en cours de traitement).

4° *a*) Fracture du maxillaire supérieur avec perte de substance de toute la portion antérieure. *b*) Fracture comminutive du corps du maxillaire inférieur. *c*) Délabrement des tissus mous et perte totale de la lèvre supérieure.

Présenté par E. Darcissac. — Opération plastique par les Drs Harte et Mitchell.

D..., Joseph, 29 ans, est admis à l'ambulance le 1er octobre 1915. Blessé le 25 septembre 1915 par un éclat d'obus qui l'atteint à la face à gauche. Une large ouverture fait communiquer la cavité buccale avec les fosses nasales.

Le 11 décembre, pose d'un appareil de prothèse au maxillaire supérieur destiné à obturer la perforation palatine et à servir de soutien pour l'opération plastique à la lèvre supérieure. Au maxillaire inférieur, pose de deux gouttières, l'une sur le fragment antérieur et l'autre sur le fragment postérieur. Ces deux gouttières sont réunies par une vis de Jack destinée à porter en avant le fragment antérieur et à le maintenir dans cette position. (Blessé en cours de traitement).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉPONSES DU MINISTRE DE LA GUERRE A DES QUESTIONS ÉCRITES

9521 — M. Louis Dubois, député de la Seine, demande à M. le ministre de la Guerre : 1° si la décision en vertu de laquelle les engagés volontaires spéciaux peuvent être nommés sous-officiers s'applique également aux chirurgiens-dentistes diplômés, engagés volontaires spéciaux, désireux d'obtenir le grade d'adjudant dentiste militaire ; 2° si ces praticiens peuvent, en s'engageant, être nommés adjudant dentiste militaire s'ils présentent tous les titres légaux et scientifiques requis. (*Question du* 12 *avril* 1916.)

Réponse.

Les chirurgiens-dentistes diplômés ne peuvent contracter un engagement spécial que comme infirmiers de 2e classe, mais ils pourront ensuite concourir à l'avancement normal et obtenir éventuellement leur nomination au grade de dentiste militaire. (*Journal officiel du* 12 *juin* 1916.)

997. — M. Villiers, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre si un étudiant en chirurgie dentaire, du service armé ou du service auxiliaire, ayant douze inscriptions de stomatologie, peut être affecté dans la zone des armées, avec le grade de sergent, à un service dentaire, ou délégué dans les fonctions de dentiste. (*Question du* 13 *juin* 1916.)

Réponse.

Les dentistes classés dans le service armé n'obtiennent leur versement dans les sections d'infirmiers militaires que s'ils possèdent le diplôme de chirurgien-dentiste et à la condition expresse de ne pas être gradés.

L'étudiant en chirurgie dentaire visé dans la question ne pourra donc être admis dans un service dentaire s'il est du service armé ; s'il appartient au service auxiliaire, il pourra demander son changement d'arme. (*Journal officiel du* 26 *juin* 1916.)

L'AIDE CONFRATERNELLE
aux dentistes français et belges victimes de la guerre

ASSOCIATION PROFESSIONNELLE

Siège social : 109, Boulevard Malesherbes.

L'Affiche que nous publions ci-après a été adressée aux Ecoles dentaires de France et de l'Étranger, aux Sociétés professionnelles, aux journaux étrangers.

***

VOUS, qui avez pu continuer à exercer votre profession pendant la guerre ;

VOUS, que votre éloignement du théâtre des hostilités a preservé de l'envahissement et de toutes ses conséquences désastreuses;

VOTRE DEVOIR est de venir en aide :

Aux familles de vos confrères **MORTS POUR LA PATRIE ;**

A vos confrères **MUTILÉS ;**

A vos confrères **SANS RESSOURCES ;**

Aux familles de vos confrères dans le dénuement.

SOUSCRIVEZ dans ce but à :

L'AIDE CONFRATERNELLE

AUX DENTISTES FRANÇAIS ET BELGES VICTIMES DE LA GUERRE

Dont le siège social est 109, boul. Mâlesherbes à Paris (8e).

VOUS AUREZ DROIT à la reconnaissance de la profession tout entière et à celle de notre comité qui vous adresse par avance ses sincères remerciements.

Pour le Comité :

Le Secrétaire général,	*Le Président,*	*Le Trésorier,*
BARDEN.	G. VIAU.	FONTANEL.

LE COMITÉ DE PATRONAGE :

Amoëdo.	Dubeau (Montréal).	Lair (Lyon).	Quincerot.
Barrié.	Dunogier.	Lannois.	Quintero (Lyon).
Burt, E.	Fabret (Nice).	Lee.	Robin, P.
Bioux, L.	Fléty (Dijon).	Levett.	Robine.
Blatter.	Frey.	Mahé.	Robinson.
Cavalié (Bordeaux).	Godon.	Martinier, Paul.	Roy.
Chiavaro (Rome).	Gourc.	Mendel, Joseph.	Sauvez.
Chompret.	Guy (Edimbourg).	Mummery (Londres).	Tellier (Lyon).
Choquet.	Harwood (Lyon).	Nogué.	Touvet-Fanton.
Crépin (Lyon).	Heidé.	Pont (Lyon).	Villain, G.
Cruet.	Herpin.	Prével.	Villain, H.
Davenport, I.	Hugot.	Quatermann (Bruxelles).	Wissner.
D'Argent.	Irsall.		Zzaoui.
Deschamps.	Jean Francis.		

Les souscriptions peuvent être adressées au Trésorier M. Fontanel, 1, *rue Vercingétorix, Paris, 14e art.*

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous avons le plaisir d'apprendre les citations suivantes :

ROBIN (Georges-Gaston), Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

« Médecin major, médecin chef de l'ambulance 2/56, dirige une ambulance avec la plus entière compétence depuis le début de la mobilisation. Toujours placé au poste le plus important a fait preuve d'un dévouement absolu. Vient encore d'effectuer le triage et les évacuations de 500 à 600 blessés la nuit pendant une semaine au mieux des intérêts qui lui sont confiés. A refusé avec la plus grande énergie d'être relevé et renvoyé à l'intérieur. »

Croix de guerre.

WALLIS-DAVY, Chef de clinique à l'Ecole dentaire de Paris.

Soldat brancardier au 218e d'infanterie, cité à l'ordre du régiment et nommé soldat de 1re classe à titre de récompense, avec le motif suivant :

« A montré beaucoup de calme, de dévouement et de sang-froid en allant, le 5 octobre 1914, chercher des blessés dans les tranchées sous un feu violent d'artillerie. »

Ordre du régiment. — Croix de guerre.

VICAT (André), du 111e régiment territorial d'infanterie.

« Le 3 octobre au soir, étant chef d'un atelier de travailleurs aux tranchées, a quitté de son propre mouvement son équipe, est allé en avant des tranchées et utilisant ses connaissances d'ancien infirmier a fait un pansement à un soldat qui venait d'être blessé. »

Ordre du régiment. — Croix de guerre.

BRILLE (Marcel), Dentiste militaire.

« Faisant fonction de médecin auxiliaire au 262e régiment d'infanterie, a demandé à assister à l'attaque pour remplacer un aide-major absent. — Toutefois, au cours du plus violent bombardement, est venu sur le lieu du combat activer la relève des blessés. »

Ordre n° 49 du 8 juillet 1916. — Croix de guerre.

NÉCROLOGIE

Notre confrère, M. Pigot, vient d'être cruellement éprouvé par la mort de son père.

***

Notre confrère, M. Fournier, vient d'avoir le grand chagrin de perdre son jeune fils, âgé de 15 ans.

***

Nous apprenons la mort, à l'âge de 68 ans, de M. François Zimmermann, père de notre confrère M. Louis Zimmermann, dentiste militaire et démonstrateur à l'Ecole dentaire de Paris.

***

On annonce la mort, à l'âge de 72 ans, de Mme Théophile Mamelzer, mère de notre confrère M. Mamelzer, membre fondateur de l'Ecole dentaire de Paris, mobilisé à cette date.

***

Notre confrère M. S. Cohen, de Lyon, vient d'avoir la douleur de perdre son père à l'âge de 68 ans.

Nous adressons à nos confrères nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Audience ministérielle.

MM. Blatter et G. Villain se sont rendus auprès de M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du service de santé, pour lui soumettre, sur sa demande, les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter à l'*Instruction sur l'organisation des services de stomatologie dans les régions.*

Le sous-sécrétaire d'Etat leur a fait un très bon accueil.

Ils ont insisté à nouveau pour que la relève des dentistes du front soit promptement organisée et opérée.

Les ambulances américaines.

Comme conséquence des opérations de Verdun, il a été demandé à l'hôpital américain de Paris de former une autre section

pour cette partie du front. Cette nouvelle section, la sixième, se composera de 22 automobiles parfaitement équipées. Les autres sont sur diverses parties du front.

Le Ministre de la Guerre a aussi demandé à l'ambulance américaine d'organiser pour l'été la grande ambulance installée l'an dernier à Pagny-sur-Meuse. Cet hôpital de campagne comprend environ quarante tentes et a un personnel de soixante personnes.

Des dix ambulances dentaires données par les Américains, sept sont en France et trois ont été envoyées à Salonique. Le nombre de soldats blessés requérant les services des dentistes augmente tellement que l'ambulance demande que de nouveaux dentistes américains soient ajoutés à ceux déjà attachés à l'armée.

(*Le Canada*, Montréal, 29 avril 1916).

Inauguration du Musée du Val-de-Grâce.

Le musée du Val-de-Grâce a été inauguré le dimanche 2 juillet à trois heures par M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du service de santé militaire.

Le musée s'ouvre sur une cour intérieure transformée en un charmant jardin. On pénètre d'abord dans une salle basse, aux voûtes ogivales, où sont conservés les documents écrits qui sont l'histoire du service de santé : ordres, circulaires, plans d'organisation, fiches médicales, films cinématographiques, papiers évocateurs des guerres de la Révolution et de l'Empire.

Les deux grandes salles du rez-de-chaussée constituent le musée des pièces chirurgicales. Une mention spéciale à la série des moulages artistiques représentant les opérations de réparation du crâne et de la face. A signaler aussi divers appareils de prothèse oculaire, et de prothèse maxillo-faciale.

Un escalier étroit conduit à de nouvelles salles voûtées, situées au premier étage. Là s'accumulent les engins de destruction de toute sorte : grenades, balles, torpilles, obus, projectiles asphyxiants, bombes d'aéroplanes, bombes incendiaires de Zeppelins, etc. Voici la série des masques destinés à protéger nos soldats contre les gaz, le laboratoire de vaccination antityphique de l'armée avec ses appareils, ses produits, ses graphiques si démonstratifs.

Plus loin, c'est le fonctionnement même du service de santé aux armées que racontent ces modèles réduits, ces voitures, ces wagons aménagés, ces brancards, ces lits démontables (dont le docteur Perret a établi un modèle plein d'ingéniosité pratique). On s'arrête avec un intérêt devant les sculptures peintes de Jean Larrivé,

qui montrent le premier pansement dans la tranchée, l'enlèvement des blessés, avec le difficile tournant du boyau, le poste de secours improvisé.

Automobiles dentaires.

Le *Comité d'assistance aux éclopés* a fait, le 6 juillet, la remise au Service de santé de quatre automobiles dentaires complètement aménagées et répondant parfaitement aux besoins de l'armée. C'est, en quelque sorte, la réalisation du projet de M. le Sénateur Strauss.

M. Justin Godart, Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, représentait le Ministre de la Guerre. Il a reçu le Président de la République et Mme Poincaré, qui assistaient à cette présentation, et ont remercié Mme Jules Ferry et ses collaborateurs du Comité d'assistance.

L'Ecole dentaire de Paris était représentée par MM. Godon, Blatter et G. Villain.

M. Blatter, en qualité de président de la F. D. N., a exprimé au président de la République la reconnaissance de la profession à l'égard de M. Justin Godart et de l'amiral Lacaze pour avoir créé les dentistes militaires dans les armées de terre et de mer.

Congrès.

Sur l'initiative de la Société d'Odontologie de Paris, la Fédération dentaire nationale, avec le concours des trois Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique et des sociétés adhérentes, a décidé l'organisation d'un

Congrès dentaire inter-alliés,

spécialement destiné aux questions professionnelles d'ordre militaire :

1° Blessures de guerre des maxillaires et de la face (chaque séance sera consacrée à l'étude de questions mises à l'ordre du jour et qui feront l'objet de rapports spéciaux).

2° Prothèse et dentisterie militaires.

3° Organisation dentaire dans l'armée pendant la guerre et l'après guerre.

Ce Congrès aurait lieu du 13 au 16 octobre prochain.

Il sera fait le plus large accueil à tous les travaux originaux, présentations d'appareils, démonstrations des membres de la profession, civils ou militaires sur le traitement des blessés.

36e ANNÉE. N° 8. 30 AOUT 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

L'ORTHOPHONIE CHEZ LES MUTILÉS DES MACHOIRES

Par M. BELANGER,

Professeur à l'Institution nationale des sourds-muets.

(Communication à la Société d'Odontologie, séance du 25 mai 1916.)

La guerre est une rude école pour tous ; il faut reconnaître cependant qu'elle est souvent une source d'enseignements très précieux de toute nature dans des sphères parfois très opposées.

Je voudrais vous entretenir aujourd'hui de quelques observations faites à cette occasion sur l'orthophonie chez les mutilés des mâchoires.

L'étude de la phonétique, de l'orthophonie a permis depuis longtemps d'appliquer ses principes à des enseignements bien différents. C'est ainsi que, grâce à elle, a pu se fonder peu à peu dans le monde entier l'enseignement de la parole aux sourds-muets.

Avec elle, on est arrivé à corriger, à remédier aux défauts de prononciation, au bégaiement, à atténuer dans la parole les infirmités physiques résultant de modifications physiologiques des lèvres, de la langue, du palais ; à restituer, après des opérations chirurgicales ou de savantes reconstitutions, une parole normale.

Avec l'aide de la phonétique, il a été possible de donner à des enfants d'intelligence débile une parole qu'ils n'avaient pu acquérir avec leur oreille.

C'est encore la phonétique qui nous a permis de faire dans certains cas la rééducation de la parole chez des sujets après des congestions, des commotions cérébrales si violentes que ce moyen de communication avait disparu pendant de longs mois.

J'ai eu l'occasion de faire, il y a quelques années, à un certain nombre de vos confrères à l'Hôpital International Péan, une conférence sur un cas des plus intéressants qui m'avait été adressé par M. le Dr Brissaud, alors professeur à l'Ecole de Médecine.

C'est toujours l'orthophonie qui nous permet par une étude spéciale de rendre aux personnes sourdes la compréhension de la parole par la lecture sur les lèvres.

Les défauts physiques dans les organes de la parole amènent, je vous l'ai dit, des défectuosités dans la prononciation. C'est ainsi que des dents absentes ou mal placées suggèrent aux enfants des positions défectueuses de la langue, que la langue elle-même, bridée, retenue par un filet insuffisant ou implanté à l'extrémité de cet organe, l'empêchera de se mouvoir, de s'élever, de prendre les positions nécessitées pour l'articulation de certains sons. Les dents se séparant peu ou point contribuent alors à donner à la prononciation des défauts de toute nature. Mais les plus graves sont, sans contredit, ceux provoqués par les fissures plus ou moins grandes de la voûte palatine, par les lèvres coupées, par des cavités correspondant de la mâchoire avec le nez.

Une orthophonie spéciale peut améliorer, mais non faire disparaître ces anomalies de prononciation.

Là, votre science, celle du chirurgien se sont exercées depuis de longues années : des reconstitutions spéciales, des palais artificiels sont venus remplacer et modifier avantageusement la situation physique défectueuse ; de plus, des opérations délicates ont permis de refaire des palais, c'est ainsi que des malheureux voués à une misère physiologique certaine ont pu renaître à la vie.

Mais, si la reconstitution des organes donnait à ces ma-

lades la possibilité d'une parole normale, elle ne la leur rendait pas. Les vieilles habitudes musculaires subsistaient toujours et la nécessité du spécialiste s'imposait pour leur enseigner les règles d'une prononciation régulière.

Ce n'est pas le lieu de vous donner ici la méthode employée pour arriver à un résultat pratique, je ne veux attirer votre attention que sur ce point, c'est que les défauts physiques créent des habitudes qui subsistent entières lorsque la situation physique redevient normale.

Il ne pouvait pas en être autrement pour les malheureux que d'affreuses blessures privaient d'organes essentiels ou qui modifiaient ceux-ci. Ils se trouvaient placés dans deux alternatives également déplorables : l'impossibilité absolue de se faire comprendre ou l'adoption de prononciations tellement étranges que la parole deviendrait incompréhensible.

Il s'agissait donc, dans l'espèce, de prévenir chez les blessés ces mauvaises habitudes, de les aider dans la prononciation de sons dfficiles et de remplacer, chez eux, les sons normaux impossibles à obtenir par des équivalents s'en rapprochant au point de vue de la perception auditive.

Ce serait un lien commun de parler de dévouement devant vous. Plus que tous autres, vous avez été à même d'apprécier ce que le cœur, uni à la science, peut produire de merveilles pour nos blessés dans nos hôpitaux.

A l'exemple de beaucoup d'autres, je m'étais demandé comment je pourrais être utile ; aussi la parole chez nos mutilés avait-elle attiré mon attention dès le début. C'est ainsi que rencontrant, au commencement de la guerre, dans le parc de Saint-Cloud, un pauvre zouave qui avait la mâchoire emportée, je ne pouvais m'imaginer comment ce malheureux arriverait à parler plus tard.

Aussi, lorsque sur la recommandation de M. le Dr J. Calvé, de Berck, auquel j'envoie l'expression de ma vive reconnaissance, M. le Dr Frey voulut bien m'accueillir dans son service avec son amabilité coutumière, j'acceptai avec bonheur d'être présenté à M. le Dr Walther, l'éminent chirurgien. Je

n'eus d'ailleurs qu'à renouer connaissance, mais à 30 années de distance, avec l'ancien prosecteur des hôpitaux que j'avais eu le plaisir d'aider dans des conférences anatomiques qu'il faisait à cette époque à l'Institution Nationale des Sourds-Muets de Paris.

En dehors des mutilations de la mâchoire, les blessures de guerre devaient produire chez nos défenseurs des troubles de diverses natures affectant la parole : surdité plus ou moins absolue, momentanée ou définitive, troubles psychiques amenant la perte ou une perturbation dans l'emploi de la parole. Troubles dont la cause n'est pas toujours connue de façon précise, dont les effets ne peuvent être contrôlés que difficilement et pour lesquels le remède pédagogique est tellement imprécis qu'il est impossible de l'indiquer.

Pour les sourds, des centres de rééducation auditive ont été créés dès le début de la guerre, des écoles de suppléance de l'audition par la vue ont été ouvertes. Il vient de s'en former une à l'Institution Nationale des sourds-muets de Paris.

Il ne faut pas oublier que cette étude de la lecture sur les lèvres est longue et minutieuse, qu'elle est plus ou moins fructueuse suivant que la perte de l'audition est totale ou partielle et qu'elle a l'avantage de pouvoir être différée en cas de nécessité jusqu'au moment où la science médicale et l'expérience de nos spécialistes ont dit leur dernier mot.

Pour les mutilés de la mâchoire, rien jusqu'à présent n'a été organisé à ma connaissance en dehors des essais tentés dans le service de M. le Dr Frey, le début en remonte à novembre 1915.

1re Observation. — Jean Vallat venait d'être évacué à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce après un séjour dans une ambulance de l'arrière au front, nécessité par un état de faiblesse extrême ; criblé d'éclats de grenades, un genou fracassé, atteint d'arthrite purulente, il avait reçu dans la figure une grenade qui avait laissé intacte la mâchoire supérieure, amenant cependant une fracture partielle du maxillaire ; le palais était également intact, mais la langue avait été sectionnée d'une façon presque complète, le maxillaire inférieur brisé ne possédait plus que trois petits tron-

çons d'os que l'on conservait précieusement, la lèvre inférieure était affreusement déchirée, des abcès s'étaient formés un peu partout dans la bouche tuméfiée de tous côtés.

C'est dans cet état que je trouvai Vallat lorsque M. le Dr Frey me conduisit pour la première fois au chevet de son cher blessé.

On l'avait placé dans une chambre spéciale afin d'éviter le contact un peu bruyant de ceux qui renaissent à la vie.

Il avait été convenu que je ne serais pas présenté au malade tenaillé par la fièvre et la tête entourée de bandeaux. Mais en dépit de ses conventions M. le Dr Frey, escomptant certainement un effet moral, me présenta au pauvre blessé comme son futur professeur de parole, la figure sembla s'illuminer, quelques sons rauques incompréhensibles sortirent de sa gorge. Vallat sortit un carnet, griffonna quelques mots, j'assurai mon futur élève de tout mon désir de lui être utile. Ce fut ma première leçon.

Malgré l'état encore grave du blesssé, il fut convenu que je pourrais m'occuper tout de suite de mon élève, je ne sais pas si le professeur n'était pas le plus pressé, je revins donc régulièrement voir mon blessé et nos études commencèrent.

J'eus à m'occuper par la suite de deux autres mutilés que me confia M. le Dr Frey, Volatier et Chambol, dont j'aurai occasion de vous parler tout à l'heure.

Comment allais-je commencer ?

Mais avant d'aller plus loin, je tiens à vous rappeler quelques indications générales qui amèneront plus de clarté dans les explications que je vais vous présenter.

Vous savez qu'au point de vue phonétique chaque langue se compose d'un certain nombre de sons simples.

Voyelles et articulations.

La langue française emploie 31 sons :

13 voyelles : a. o. ou.
é. è. i.
e. eu. u.
an. on. in. un.

18 articulations :	p t c f s ch	muettes.
	b d g v z j	sonores.
	m n gn	nasales.
	l r ill	

Ce qui caractérise une voyelle ce sont les positions prises par les organes, la voix, le son, le timbre, la hauteur de chaque voyelle.

Il est admis que le son produit dans le larynx par les cordes vocales est modifié en traversant la bouche, qui agit à la façon d'un résonnateur, par les positions prises par les lèvres, la langue, l'ouverture de la bouche.

C'est au contraire le mouvement qui caractérise les articulations, ce sont des bruits produits par les mouvements des organes, bruits accompagnés dans certains cas de vibrations sonores et dans d'autres de vibrations nasales.

Si, au lieu d'appeler ces articulations par les noms des lettres, nous leur donnons la prononciation de leur valeur propre nous avons.

p	comme dans	cap.	v	—	cave
t	—	cotte	z	—	cause
c	—	sac	j	—	cage
ch	—	hache	l	—	châle
f	—	chauffe	r	—	phare
s	—	passe	m	—	pomme
b	—	cab	n	—	canne
d	—	code	gn	—	bagne.
g	—	bague			

Avec les combinaisons de voyelle et d'articulation se forment les syllabes et celles-ci composent des mots.

Revenons à notre cher blessé.

Avec une lampe électrique, j'essayai au préalable de me rendre compte de l'état de la cavité buccale ; sauf le palais et la mâchoire supérieure intacte, rien ne pouvait aider le malade, dans sa prononciation : la partie inférieure tuméfiée ne se prêtait à aucun mouvement. Le malade était dans un

état de maigreur extrême et son alimentation ne pouvait se faire qu'à l'aide d'une sonde.

Il ne fallait pas chercher à obtenir aucun effort douloureux, je commençai donc mes constatations par l'étude des voyelles simples et j'engageai le malade à les répéter après moi, l'aidant de mon mieux à l'aide du toucher, rectifiant les voyelles défectueuses.

J'obtins ainsi assez facilement les voyelles *a o ou é è e eu*. Impossibilité absolue de prononcer la voyelle *i*, la voyelle *u* était plus que médiocre.

Après des essais répétés pour obtenir *i*, je tournai la difficulté en faisant prononcer cette voyelle en voix de tête et en cherchant à la ramener tout de suite à la voix de poitrine; ce fut long, ce n'est pas encore parfait, mais actuellement très suffisamment intelligible et compréhensible et nous arriverons certes encore à faire mieux.

Les voyelles nasales *an on in un* vinrent sans grande difficulté, en aidant un peu le malade à relever la base de la langue, en appuyant légèrement sur le haut du cartilage thyroïde et en attirant par le toucher son attention sur les vibrations des ailes du nez.

Je dois dire que j'avais affaire à un garçon remarquablement intelligent et que, malgré ses affreuses blessures, l'excellent moral de Vallat, sa volonté de réagir ne se démentirent jamais un instant.

Afin de vous faire toucher du doigt les difficultés que pouvait ressentir Vallat dans l'émission des voyelles, je tiens à vous rappeler qu'il est de convention de croire que, si pour les voyelles *a é è* la bouche doit s'ouvrir naturellement, les lèvres au contraire s'arrondissent pour *o* et *e*, s'avancent pour *ou* et *eu*, s'élargissent pour *i*; que la langue, qui ne touche pas les dents dans les voyelles *a o ou*, vient au contraire s'appuyer contre les dents inférieures dans *é è e eu i* et *u* et que pour tous ces mouvements considérés comme indispensables Vallat n'avait à sa disposition ni lèvres, ni maxillaire inférieur, pas de langue et ne pouvait s'aider que de sa lèvre supérieure tuméfiée, alors dans l'impossi-

bilité de remuer. Ni la bouche, ni la langue, n'étaient capables de prendre les positions requises. On peut juger ainsi des efforts de volonté que dut faire notre blessé.

Je pouvais donc employer, en les améliorant, en les précisant de jour en jour toutes les voyelles. Ni la langue, ni les lèvres ne jouaient aucun rôle dans ces résultats.

Je me préoccupai tout d'abord de la parole de Vallat je lui recommandai de s'en servir quand même, mais d'éviter les efforts inutiles, souvent nuisibles, de ne pas chercher à parler mot par mot en les séparant, mais de conserver à la prononciation son caractère général. Je faisais donc répéter des phrases dans lesquelles nous supprimions la plupart des articulations impossibles à prononcer.

o é oi u ain
donné moi du pain
o an a é ou
comment allez vous

Je me flattais, en agissant de cette façon, que la cadence, le rythme conserveraient quelque chose de naturel et de compréhensible, mais ce ne pouvait être que de l'à peu près et pour obvier à ce grave inconvénient de parole sans articulation, je commençai tout de suite l'étude des articulations. La première lettre cherchée et obtenue fut l'*r* sans trop de difficulté, cette étude fut suivie d'exercices de syllabation avec toutes les voyelles ra, ra, etc., ar, or, our, ara, etc., puis quelques mots encore approximatifs.

Au re oir pour *au revoir,* oui, on pour *non,* on our pour *bonjour*, rey pour *Frey*.

De même que j'avais choisi la lettre *r* qui se forme dans l'arrière-bouche, je pris ensuite les deux articulations *c* et *g* dont la région d'articulation commence également dans le fond de la cavité buccale. Il nous fallut pendant quelque temps aider à la production du son à l'aide de pression du doigt à la gorge, à l'endroit voulu.

D'autres mots vinrent s'ajouter aux exercices de syllabation, croix de guerre, docteur, cou, gout, roc, croc, etc.

Vallat, après une très belle citation à l'ordre du jour de l'armée, venait de recevoir la médaille militaire et la croix de guerre.

Pour tous les autres sons sauf le *gn* et le *ill* que nous réservions, les lèvres et la langue nous étaient indispensables ; il fallait donc chercher des équivalences et nous commençâmes par l'*s*.

Nous le fîmes prononcer toujours par le fond de la gorge par un sifflement *s* qui ne laissait aucun doute pour l'oreille sur la nature de l'articulation, puis nous passâmes à *ch* et *j* en nous servant de l'unique lèvre supérieure et en l'aidant un peu à l'avancer à se contracter. Chaque son nouvellement acquis était suivi d'exercices de syllabation, de mots spéciaux et de phrases.

Souchez, l'endroit où Vallat avait été blessé, (m)erci, (m)onsieur, etc.

Au fur et à mesure que notre élève faisait des efforts utiles, j'avais la satisfaction de voir peu à peu l'usage du carnet écrit s'amoindrir et les relations orales avec les médecins et les Dames de la Croix-Rouge se développer, la parole renaissait peu à peu.

Pour en terminer avec l'étude des sifflantes, nous abordâmes l'*f* et le *v*, nous avions bien le point d'appui, les dents supérieures, mais le contact se fit bien légèrement avec l'extrémité de la lèvre inférieure, nous fîmes ensuite prononcer l'*n* avec le fond de la gorge : *n on*.

On comprendra facilement que nous ayons retardé le plus possible l'étude des labiales *p*, *b*, *m*, dans lesquelles les lèvres seules entrent en action ; nous parvînmes à les obtenir très suffisamment en pressent l'extrémité des lèvres à gauche, le malade le fit ensuite lui-même en se servant de ses doigts et peu à peu nous arrivâmes à obtenir des articulations suffisantes.

Que pouvions nous faire pour *l*, *t* et *d* les derniers sons simples qui nous restaient et dans lesquels la langue joue un rôle si important? Nous nous contentâmes de les prononcer et d'engager le malade à essayer d'imiter ; certainement

le fond de la gorge s'essaya encore et nous obtînmes un *l* très suffisant qui devint meilleur combiné avec *cl gl fl* etc., pour le *t* et le *d* quelque chose d'appréciable.

Entre temps nous recommandions à notre élève de ne pas parler trop vite, de s'efforcer de bien prononcer les mots et de les lier entre eux. C'est ainsi que nous obtenions peu à peu de la vraie parole qui s'améliorait, ne laissant place qu'aux efforts utiles.

L'état général du blessé et celui de sa bouche, ayant permis à MM. les docteurs Walther et Frey de tenter une reconstitution de la bouche du malade, les lèvres nous furent enfin rendues, j'avais fini par dire à l'éminent chirurgien rendez-moi *mes* lèvres au plus vite.

Elles nous permirent, en effet d'obtenir plus facilement les trois labiales *p*, *b*, *m*, de rectifier la prononciation de l'*f* et du *v*. Vallat dut cependant s'exercer à relever la lèvre supérieure, qui était jusque-là demeurée inerte dans ce sens et la volonté fut aidée par le doigt. L'*s* fut transportée du fond de la gorge au bout des lèvres ; pour le *ch* et le *j*, on habitua, en l'y aidant aussi, la lèvre inférieure à suivre le même chemin que sa compagne d'en haut.

C'est ainsi que nous obtînmes une plus grande amélioration de la parole et que nous arrivâmes à nous en servir de mille façons dans la conversation, voire même dans la lecture.

Un des graves inconvénients de l'absence de la langue, c'est l'impossibilité pour Vallat d'avaler sa salive qui se trouve ainsi projetée au dehors.

Nous avons commencé avec notre élève une série d'exercices qui paraissent simples à première vue et qui pourtant ont été assez pénibles. Vallat s'est d'abord habitué peu à peu, par un léger mouvement de tête, à peine imperceptible maintenant, à avaler sa salive.

Nous l'avons engagé très vivement à retenir sa salive par l'occlusion des lèvres. Mais l'absence de sensation nerveuse dans la lèvre inférieure devait fatalement l'inciter à faire des efforts exagérés que nous avons dû modérer au

début en les réglant: d'abord 1 m., puis 2 m., enfin 3 m. après chaque pression prolongée un repos de semblable durée.

M. Vallat vous dira qu'il est déjà arrivé grâce à sa volonté à un résultat remarquable qui certainement s'accentuera encore jusqu'à la perfection voulue.

2e OBSERVATION. — *Volatier* avait eu aussi, il y a plus d'une année, la mâchoire fracassée, lorsque M. le Dr Frey me le présenta, il avait subi une restauration très importante, et on lui avait mis un appareil remplaçant le maxillaire inférieur, la langue était intacte, la parole était suffisamment bonne, mais certains sons étaient défectueux. La bouche petite semblait ne pouvoir s'ouvrir.

Nous lui fîmes d'abord faire de la gymnastique buccale :

Ouverture de la bouche, c'est-à-dire abaissement rationnel de la mâchoire inférieure, puis de la gymnastique buccale : élargissement des muscles labiaux *i ou* les deux mouvements extrêmes des lèvres.

Peu à peu la bouche sembla s'agrandir, en fait, il y avait relâchement dans la contracture des lèvres.

Nous eûmes également à faire travailler les lèvres pour obtenir les sons *ch* et *j* dans lesquels les lèvres doivent se porter en avant par un mouvement volontaire.

Ce qui nécessita le plus de volonté chez le blessé fut la prononciation de l'*f* et du *v*.

La lèvre supérieure dut apprendre à se relever pour ne pas se heurter contre la reconstitution de la lèvre inférieure et donner ainsi un son différent de l'*f*.

Quant à la lèvre inférieure qu'on lui avait refaite, elle dut apprendre à venir se placer sous les dents supérieures pour permettre la prononciation des deux articulations.

Des exercices de syllabation, des prononciations de mots *ad hoc*, de la lecture, de la conservation des répétitions de phrases fixèrent ces différents exercices.

Volatier, que j'espère vous présenter, vous montrera ce que peuvent la bonne volonté, la docilité, la patience d'un mutilé qui certes plus tard tiendra une place honorable dans la vie.

3e OBSERVATION. — Par suite de circonstances spéciales, *Chambol*, qui a perdu sa mâchoire et une jambe, est resté plus d'une année sans qu'aucune reconstitution de la bouche ait été tentée. Il est un triste exemple de l'accoutumance qui peut résulter même de blessures graves.

Placé depuis peu dans les services de MM. Walther et Frey, il me fut immédiatement présenté. Un matelas d'ouate remplaçait la mâchoire absente, la langue était immobilisée dans la bouche. En attendant une reconstitution qui ne devait pas tarder, je m'occupai de dégager la langue, il arriva à la tirer difficilement, mais put cependant s'en servir pour prononcer les articulations *t d* et *l* avant l'opération qui vient d'être tentée.

Je l'ai revu depuis, la bouche encore tuméfiée, la parole est plus difficile qu'avant, à peu près incompréhensible, les lèvres ne s'actionnent pas, la langue ne fonctionne pas. Une seconde opération est nécessaire par suite d'infection, le malade n'a pas pour lui-même les soins de propreté indispensables.

Ne croyez pas qu'il souffre de cette difficulté de parole, pour employer son expression habituelle : je m'en f... Je me demande si jamais maintenant on pourra obtenir de lui une application, une bonne volonté à un travail utile.

Conclusions.

De ces observations je tirerai les conclusions suivantes :

1° Lorsque nous nous trouvons en présence d'un mutilé de la mâchoire, la cure que nous cherchons à réaliser doit être morale, matérielle et physique.

Nous devons montrer au blessé que, malgré ses mutilations plus ou moins graves, la parole reste possible et à rendement utile.

Il faut donc s'efforcer au début de conserver cette parole, si informe qu'elle soit, et ne faire de la prononciation exacte, précise, réelle des sons qu'un accessoire principal ;

2° Ne pas laisser cependant la parole s'égarer sur une pente dangereuse, en permettant au blessé des efforts inutiles, fatigants, infructueux ;

3° Conserver autant que possible le rythme, la cadence et ne pas chercher à isoler les mots les uns des autres, mais bien au contraire les lier entre eux ;

4° Se rendre compte d'une façon exacte au point de vue phonétique, des éléments que l'on peut obtenir, les préciser, les fixer par des exercices de syllabation et dans des mots et des phrases ;

5° Toujours commencer par les voyelles, les préciser, les travailler ;

6° Pour les articulations, l'examen attentif des organes disparus ou affectés donnera les indications utiles pour les sons qui pourront être facilement prononcés et obtenus ;

7° Chercher des équivalents auditifs pour les articulations impossibles à obtenir normalement ;

8° Lorsqu'on se trouve dans une impossibilité absolue d'obtenir un son, le prononcer, le répéter plusieurs fois et engager le blesser à en faire autant, il est rare qu'on n'obtienne pas quelque chose d'approchant qui mette le professeur sur une voie utile.

Il est très important de ne pas attendre qu'une parole défectueuse, mauvaise, incompréhensible se soit formée ; il en sera des mutilés de la mâchcire comme de toute personne ayant des défauts de parole, cette dernière ne se rend pas compte de sa prononciation défectueuse, elle ne peut la comparer à la parole normale qu'elle croit semblable à la sienne, elle ne peut la rectifier à l'aide de son oreille. Après un certain temps, le mutilé sera dans le même cas, sa prononciation même déplorable lui suffira, il ne fera plus aucun effort pour la corriger.

J'ai fini. Je vous demande pardon d'avoir fatigué et retenu si longtemps votre bienveillante attention. Heureux, cependant si ces quelques observations pouvaient être profitables à ces malheureux mutilés qui souffrent pour la France.

Puissent-elles être un encouragement pour ceux qui pourraient et voudraient se dévouer à cette tâche éminemment utile : l'amélioration de la parole chez nos chers blessés.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DES FRACTURES ET DES LUXATIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par Georges Villain,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Chef du service technique du Dispensaire militaire.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 12 mars 1916 et à la réunion annuelle de l'Association dentaire britannique à Londres, le 16 juin 1916.)

(Suite.)

III

Moyens mécaniques susceptibles de réaliser le traitement physiologique.

Les moyens mécaniques susceptibles de réaliser la méthode physiologique sont variés ; ils comprennent la plupart des procédés utilisés dans les méthodes actuelles, c'est-à-dire anatomiques, mais spécialement appropriés à la méthode physiologique, auxquels j'ajoute les bielles, simples, articulées, à manivelles, à butoir, le guide butoir et la pseudo-articulation temporo-maxillaire.

Ces divers moyens mécaniques peuvent être ainsi résumés :

1re phase Rétablissement de l'équilibre dynamique	Immédiat	Procédés déjà connus : réduction sur modèles, contrôle de l'occlusion en bouche.
		Procédé physiologique : bielle.
	Progressif	Procédés déjà connus : moyens orthopédiques, arc, vérin, ressort (fil de piano), élastiques, force inter-maxillaire, trépied de surélévation de l'occlusion.
		Procédés physiologiques : bielles actives, simples, articulées ou à manivelles et à butoir, avec ou sans adjonction de forces (ressorts, élastiques).

2e phase Maintien de l'équilibre dynamique	Prothétique	Procédés déjà connus : attelles, gouttières, guides formés de plans ou d'ailettes. Procédés physiologiques : bielles passives, simples, articulées ou à manivelles, guide-butoir, pseudo-articulation.
	Chirurgical	Procédés déjà connus : attelles ou gouttières simples ou doubles et ficelées. Procédé physiologique : bielle passive à manivelles.
	Mixte	Procédés déjà connus : attelles, gouttières doubles et ficelées utilisées comme prothèses externes et soutiens pendant la cicatrisation après insertion de la prothèse interne. Procédé physiologique : bielle passive à manivelles.

Je ne décrirai pas les procédés déjà connus, me contentant d'en donner les indications et contre-indications au cours de l'exposé du traitement physiologique que j'ai appliqué à un certain nombre de fractures de la mandibule. Il est un point cependant sur lequel je désire insister, savoir : la nécessité pour obtenir un résultat physiologique parfait d'utiliser minutieusement tous les éléments que nous rencontrons au maxillaire supérieur. En effet, les surfaces articulaires de la mandibule fracturée doivent être ramenées dans leurs rapports d'opposition parfaitement exacts avec les surfaces articulaires antagonistes ; pour cette raison, je considère comme indispensable (sauf pour les cas particuliers de manque ou insuffisance d'antagonisme), de ne se servir que d'appareils laissant libres les surfaces occlusales des dents (gouttières ajourées ou attelles), afin de permettre le contrôle rigoureux et permanent de l'occlusion et

de l'articulation. De même, lorsqu'il est nécessaire d'agir orthognatiquement pour remédier à des déviations consécutives à des fractures, je pense qu'il est préférable de rechercher les points d'appui sur le maxillaire supérieur qui nous offre une immobilité absolue, les points d'application étant distribués rationnellement sur la mandibule afin de lui permettre tous ses mouvements ou de les lui rétablir le plus rapidement possible ; les points d'appui pris sur un fragment mobile de la mandibule pour exercer une force sur l'autre fragment également mobile n'offrent pas une stabilité suffisante.

Les forces peuvent trouver leurs points d'appui comme leurs points d'application sur les fragments mobiles de la mandibule, mais il est logique alors de rechercher à augmenter ou assurer la stabilité des points d'appui en empruntant le maxillaire supérieur à l'aide de plans ou d'ailettes de contention par exemple. Il reste bien entendu que les forces prenant point d'appui sur le maxillaire supérieur ont pour but également d'assurer *le contrôle permanent de l'occlusion et de l'articulation.*

LA BIELLE (1) est un appareil fixé d'une part au maxillaire supérieur et d'autre part au maxillaire inférieur sur des attelles, des gouttières ou des appareils amovibles à plaque, reliés entre eux par une tige télescopée dans un tube (fig. 9). La tige et le tube sont articulés sur les attelles ou plaques de façon à permettre les mouvements d'abaissement et d'élévation sans jamais aboutir au point mort (l'articulation, c'est-à-dire les têtes de bielle, doivent être suffisamment libres pour permettre la mobilité latérale; elles peuvent être montée sur vis (fig. 9), sur rotules (fig. 16) ou tout autre mode d'articulation).

(1) La description de cet appareil figurait dans l'exposition du Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face à la section d'Odontologie de la Royal Society of Medicine de Londres en février 1916, avec un dessin représentant le premier cas que j'ai traité par cette méthode. La bielle utilisée était une bielle simple propulsive. Herbst (1909) en orthodontie a préconisé un procédé analogue qu'il appela rail, véritable bielle simple et passive, pour maintenir les rapports d'occlusion après correction des malocclusions distales inférieures.

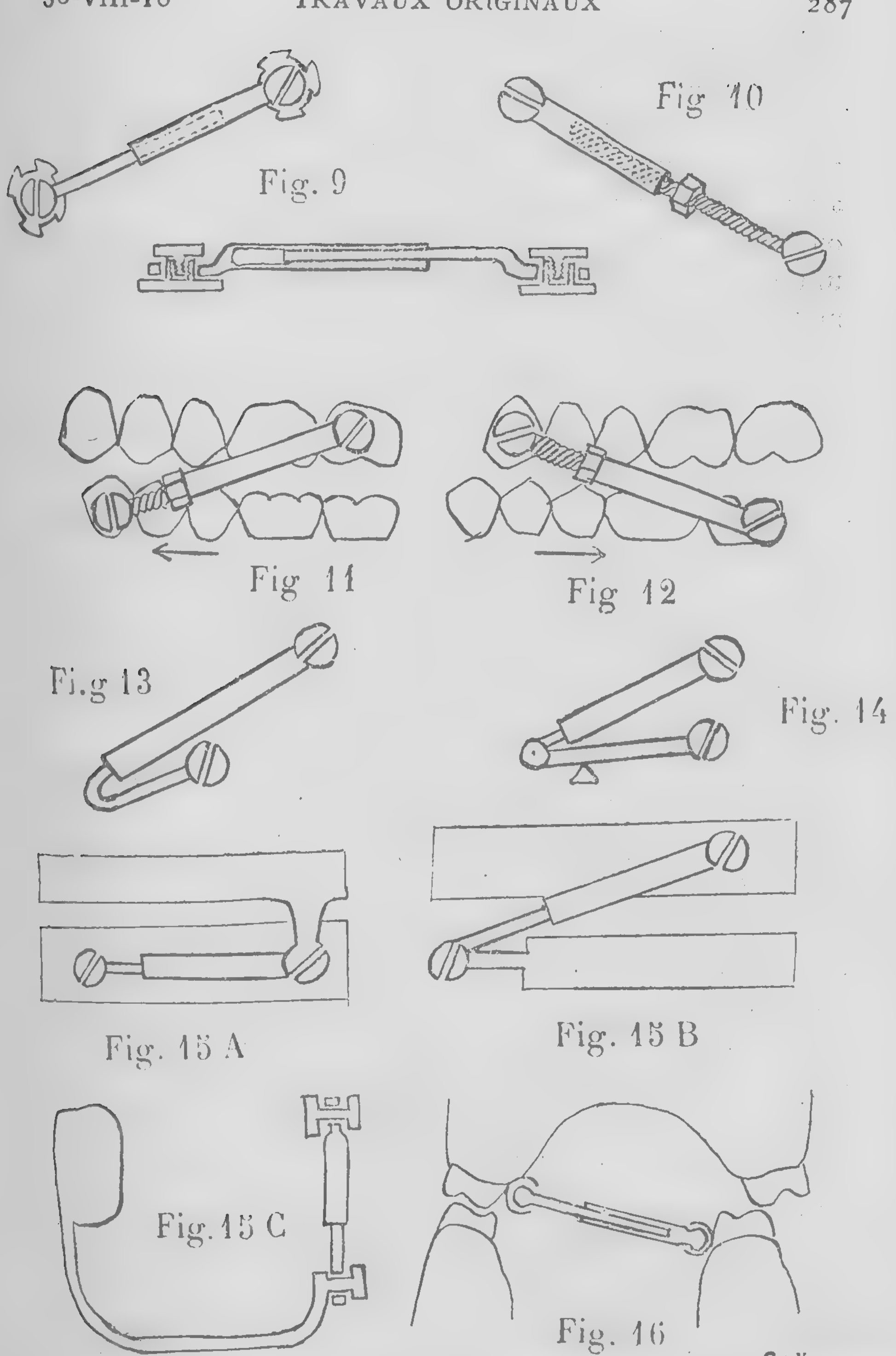


Fig. 9 à 16. — **La bielle.** — Quelques-unes de ses applications et de ses modifications.

Cet appareil agit à la façon d'une bielle ayant pour but de transformer le mouvement circulaire imprimé à la mandibule par les muscles élévateurs et abaisseurs, en un mouvement rectiligne alternatif destiné à porter la mandibule en avant. On obtient ainsi par le remplacement momentané ou définitif des forces propulsives des ptérygoïdiens externes une action synergique à droite et à gauche dans les fractures mandibulaires ; on peut d'autre part s'opposer par ce moyen à l'action des rétropulseurs et des abaisseurs. Dans les luxations la bielle offre une résistance absolue à tout mouvement de propulsion ; placée de façon à agir verticalement, elle s'oppose à l'action des élévateurs.

La bielle peut être passive ou active ; elle est passive lorsque la tige pénétrant dans le tube est lisse ; dans ce cas la bielle agit en s'opposant directement au déplacement mandibulaire (fig. 9) ; elle est rendue active en remplaçant la tige lisse par une tige filetée, un écrou permet alors d'éloigner ou de rapprocher les deux points d'articulation par diminution ou par augmentation de la longueur de la tige filetée pénétrant dans le tube (fig. 10).

La bielle peut être propulsive (fig. 11) ou rétropulsive (fig. 12) ; elle peut être simple (fig. 9 et 10) coudée (fig. 13) ou articulée (fig. 14) ; dans ces deux derniers cas les modifications ont pour but de donner une course suffisante à la tige dans le tube, les têtes de bielle ayant dû être placées à une distance très réduite.

La bielle peut être montée sur des prolongements verticaux ou horizontaux afin de modifier ses points de rotation (fig. 15 A) et d'augmenter sa course (fig. 15 B) ou bien de la faire agir sur le fragment gauche par exemple en prenant point d'appui à droite sur le maxillaire opposé (fig. 15 C) ; elle agit dans le sens vertical et dans le sens horizontal séparément ou simultanément. Elle peut agir également dans le sens transversal suivant un angle plus ou moins faible par rapport au plan frontal (fig. 16) ; toutefois cette action doit autant que possible être évitée en raison de la gêne qu'elle provoquerait au blessé.

Combinée à l'action de manivelles articulées et de butoirs, elle peut provoquer le mouvement d'abaissement normal en modifiant, au moment voulu et choisi individuellement, le centre de rotation (fig. 5); elle supplée totalement en ce cas à l'action des propulseurs dans l'abaissement; elle s'oppose dans ce même mouvement à l'action du temporal si la fracture intéresse la région de l'articulation temporo-maxillaire (fig. 17).

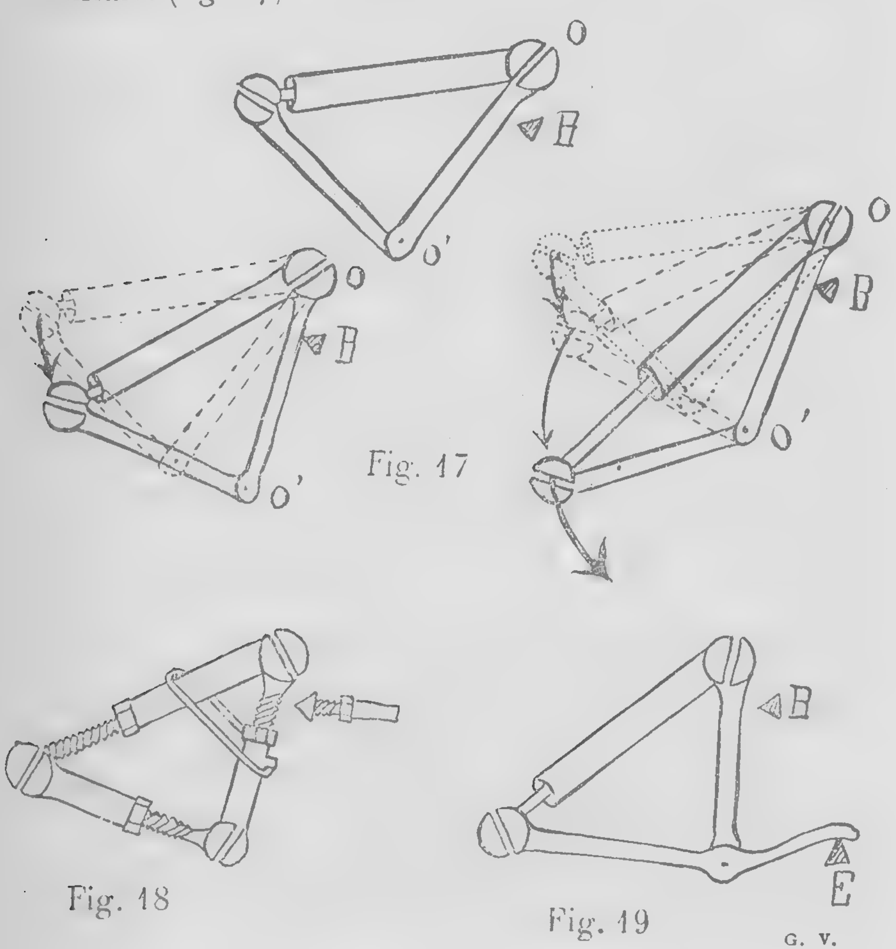


Fig. 17. — Bielle à manivelle.
Fig. 18. — Bielle de réglage des manivelles.
Fig. 19. — Bielle à manivelles avec butoir vertical.

Dans ce cas la bielle trouve un point d'appui (fig. 17) semblable à celui du condyle (la tête de bielle doit être placée sur le maxillaire supérieur aussi postérieurement que pos-

sible sur la ligne qui joindrait le condyle au point de fixation de la tête de bielle sur le maxillaire inférieur) ; le maxillaire décrit une trajectoire d'un rayon sensiblement égal à celui de la trajectoire du premier temps de l'abaissement, elle rencontre alors le butoir *B* et l'articulation se fait au point d'articulations des manivelles *O'* en faisant décrire au maxillaire une trajectoire dont la décomposition est semblable à celle de l'abaissement normal. Ces trajectoires peuvent être modifiées aisément et sont trouvées sur le blessé lui-même, grâce à une bielle de réglage (à manivelles extensibles (fig. 18) que l'on remplace ensuite par des manivelles définitives). Le mouvement d'élévation est normal lui aussi, le malade peut décrire les différentes trajectoires (fig. 7) grâce au glissement de la tige dans le tube permettant l'extension ou le raccourcissement de la bielle. Le mouvement de rétropulsion est limité par la longueur de course de la bielle (la tige butant au fond du tube), enfin les mouvements de latéralité dans la diduction sont respectés grâce au jeu des articulations. Un butoir inférieur (fig. 19 E) limite la déviation verticale et atténue la pression que les élévateurs exercent sur les dernières molaires dans le cas de perte de substance dans la région de l'articulation temporo-maxillaire.

Combinée à l'action de manivelles et d'une force élastique permanente, la bielle peut suppléer à l'action intégrale des propulseurs (fig. 20) ou inversement exercer une force continue s'opposant à leur action et à celle des élévateurs dans la réduction des luxations (fig. 21).

L'application de ce principe mécanique à la thérapeutique des luxations peut être considérée comme le traitement mécanique idéal.

Pour la thérapeutique des fractures l'expérience clinique en déterminera, en même temps que les indications, l'étendue des applications. J'en décrirai quelques-unes, celles que j'ai réalisées par ce procédé, mais je puis déjà en préconiser d'autres et me crois autorisé à prévoir que dans l'avenir ce procédé sera largement emprunté.

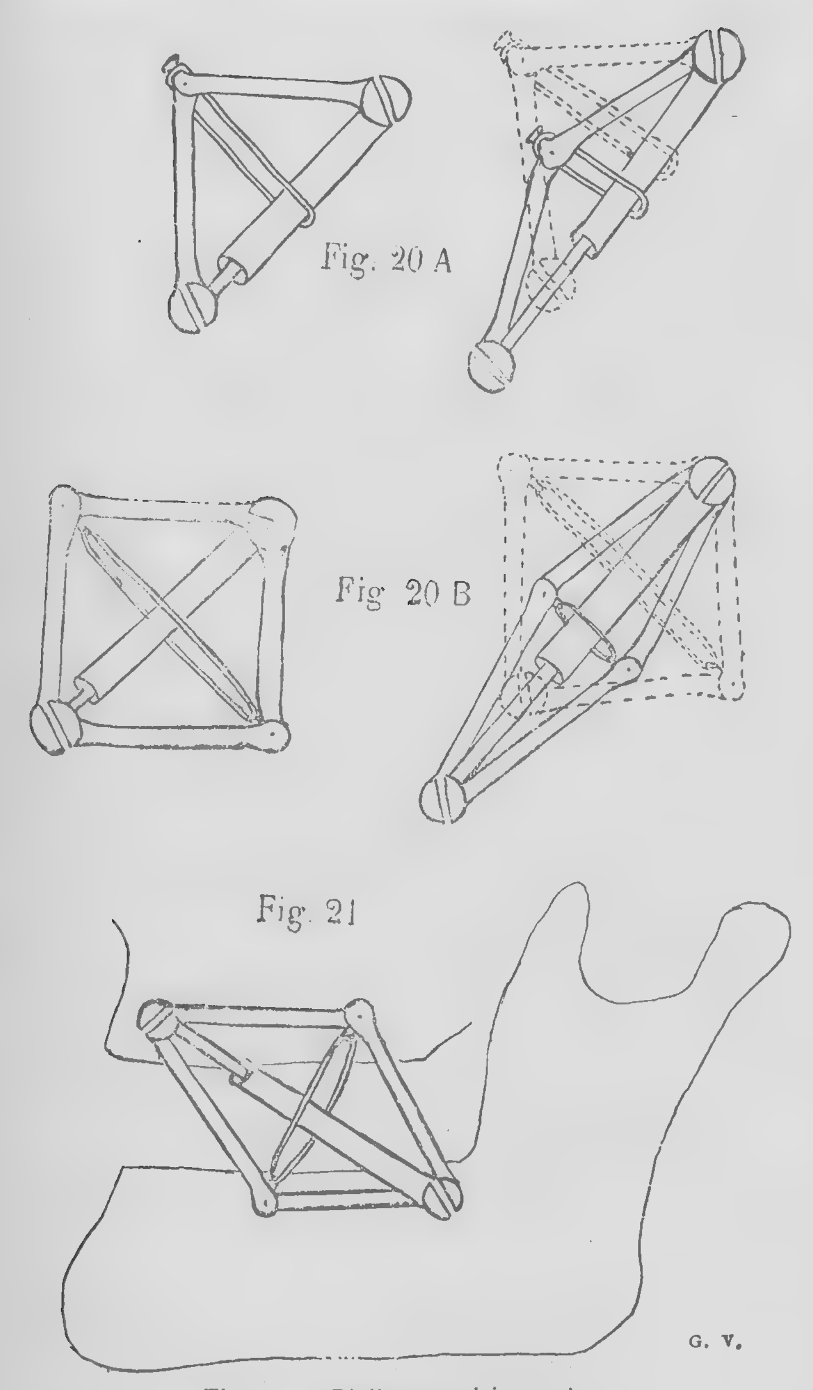


Fig. 20. — Bielle propulsive active.
Fig. 21. — Bielle rétropulsive active.

La bielle est utilisée comme appareil mixte de réduction et de contention des luxations, fractures et déviations mandibulaires (pseudarthroses de la branche horizontale de la région post-canine, alors qu'aucune dent n'existe sur le fragment postérieur, perte de l'angle du maxillaire ou d'une partie de la branche verticale, perte du condyle) après la perte du plancher articulaire (racine transverse de l'apophyse zygomatique) enfin elle est d'un grand secours dans la paralysie du ptérygoïdien externe. Ces applications permettent : 1° la réduction immédiate des fragments réductibles en rendant possible la prise de l'empreinte de ceux-ci dans leurs rapports d'occlusion à l'aide du « squash bite » ; 2° la réduction rapide des fragments irréductibles. Son action intermittente permet d'agir aussi lentement ou rapidement qu'il est désirable, c'est-à-dire en suivant exactement le travail de réparation osseuse et en le favorisant grâce à la période de repos (très longue) qui suit chaque période d'action (très courte). D'autre part son action est coordonnée en puissance et en direction, elle cesse au moment choisi contrairement à ce qui passe par exemple avec l'emploi des élastiques dans la force inter-maxillaire qui, en réduisant une déviation latérale, produit une force verticale très marquée dans l'ouverture de la bouche, au détriment de l'action horizontale qui est le plus souvent annihilée lors de l'abaissement (il est bon de noter que l'intensité de la force verticale augmente justement dans cette action proportionnellement à l'abaissement par suite de la tension des élastiques) ; 3° la contention après réduction sans changement ni modification d'appareil (par simple bloquage de l'écrou) ; 4° la contention et la réduction des fractures du condyle et de la branche montante sans immobilisation ou ficelage ; 5° le maintien des fragments en occlusion et articulation normales dans les pseudarthroses ; 6° l'amélioration, puis la suppression des déviations lors de l'ouverture de la bouche (bouche du chantre de village) ; 7° la réduction immédiate, suivie de contention parfaite des luxations récentes ; 8° la réduction progressive et la contention aussi prolongée qu'on le désire des luxations

anciennes, la mastication étant assurée dès l'application de l'appareil et pendant toute la durée du traitement, en laissant toujours la liberté absolue des mouvements d'abaissement, d'élévation et de diduction de la mandibule ; 9° enfin la bielle maintient ou rétablit la synergie musculaire, elle contribue puissamment à réduire l'atonie musculaire et peut aider l'action d'un groupe musculaire dans des conditions minutieusement contrôlables et réglables en progression ou régression.

La bielle présente en outre les avantages suivants : prenant point d'appui sur le maxillaire supérieur sain, elle y rencontre la fixité indispensable à la conduite rationnelle des forces ; tant en puissance qu'en direction elle peut emprunter l'énergie uniquement aux muscles du malade, elle ne fait que transformer cette énergie en travail (à défaut d'une énergie musculaire suffisante on peut l'augmenter voire même y suppléer (fig. 20 et 21) ; elle travaille suivant la direction du déplacement osseux en s'opposant directement à celui-ci, tandis qu'elle remplace tout de suite en longueur, la perte de substance. Enfin on évite, en s'appuyant sur le maxillaire supérieur, au lieu de s'appuyer sur l'un des fragments de la mandibule brisée, le « basculement » du fragment servant de point d'appui, ainsi que le chevauchement vertical des fragments dans la mastication ; on supprime la fatigue des dents, en nombre restreint, qui servent de point d'appui à la force, sur le petit fragment, dans les appareils uni-maxillaire. Au point de vue de la gêne fonctionnelle, la bielle la réduit considérablement si on la compare aux ailettes de contention ou aux guides vestibulaires ; elle se place en effet du côté malade et laisse ainsi toute liberté fonctionnelle au côté sain, elle ne s'oppose pas aux mouvements de diduction contrairement aux ailettes ou guides, bien mieux elle aide ou se substitue à l'articulation mandibulaire et supprime immédiatement l'occlusion en un ou plusieurs temps. Enfin la gêne qu'elle peut provoquer du côté où elle est placée est toute relative étant donné le faible volume des parties qui la constituent. J'ajoute qu'elle est amovible et qu'elle peut être utilisée chez les édentés ;

dans ce cas l'appareil doit parfaitement emboîter le bord alvéolaire et un ressort ayant pour but d'écarter l'appareil du haut de celui du bas aide au maintien à la manière des anciens ressorts à dentiers.

GUIDE BUTOIR. — Cet appareil (fig. 22) est destiné à

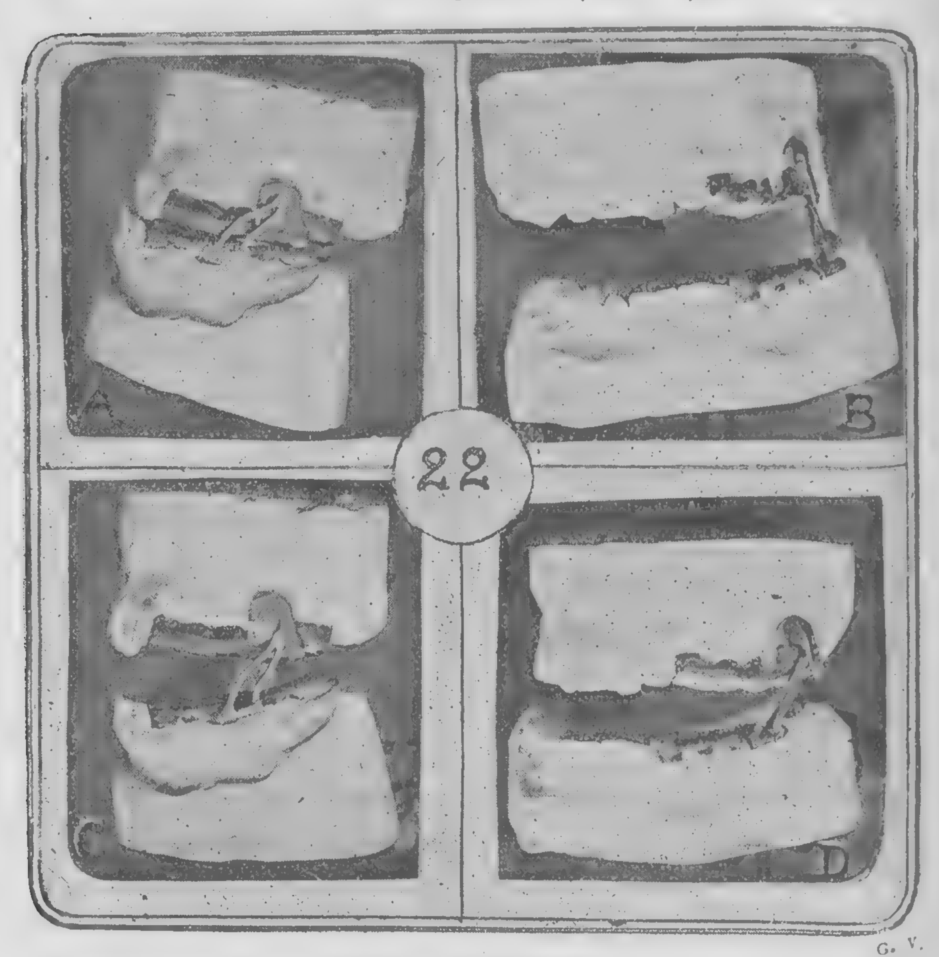


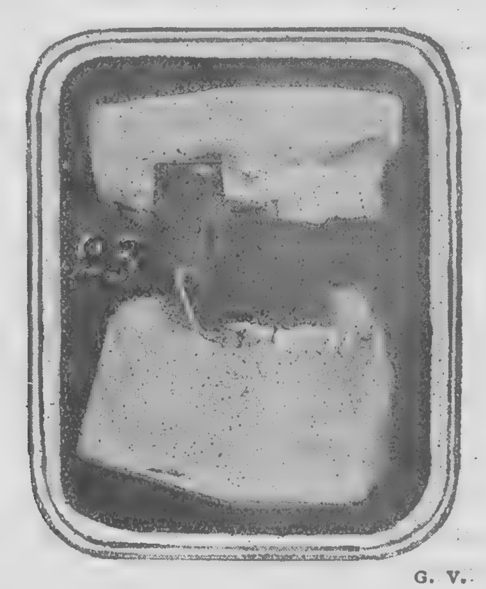
Fig. 22. — Guide-butoir.
A. Bouche fermée ; C. Bouche ouverte.
B. Mouvement latéral gauche de la mandibule.
D. Mouvement latéral droit de la mandibule.

maintenir et guider la mandibule dans ses rapports normaux d'occlusion et d'articulation, c'est un appareil de contention ; il se compose d'une gouttière fixée à un appareil supérieur ; cette gouttière est ouverte mésialement et a la forme de la trajectoire enregistrée sur le malade et dans sa bouche, après réduction. Dans cette gouttière glisse un

butoir formé d'une tige très rigide montée sur un tube soudé à l'appareil inférieur afin de permettre les déplacements latéraux dans la diduction.

Lors de l'ouverture et la fermeture de la bouche, le butoir glisse sur le fond de la gouttière et entraîne la mandibule suivant la trajectoire normale qu'elle doit parcourir dans l'abaissement (fig. 23).

La trajectoire normale est enregistrée de la façon sui-



G. V.

Fig. 23. — Enregistrement de la passe dentaire.

vante : sur les appareils construits avec bielle à manivelle afin de réduire la déviation dans l'ouverture de la bouche (bouche du chantre de village) et la réduction terminée, on fixe sur la face vestibulaire de l'appareil supérieur une plaque d'enregistrement (fig. 23) recouverte d'une couche de cire épaisse d'un millimètre ; sur l'appareil inférieur, on soude une tige coudée de façon à ce que celle-ci prenne contact avec la plaque d'enregistrement. L'appareil mis en bouche, les dents en occlusion, on rabat la tige coudée afin que son extrémité pliée à angle droit pénètre dans la cire, le blessé est alors prié d'ouvrir la bouche, le maxillaire décrit sa course normale grâce à l'action de la bielle à manivelles, et

la tige enregistre dans la cire la trajectoire parcourue. Dans certains cas, notamment dans les pseudarthroses, j'ai pu enregistrer cette trajectoire sans le secours de bielle, le maxillaire inférieur est guidé dans l'ouverture de la bouche par l'opérateur, la ligne médiane servant de point de repère.

Le guide butoir doit se placer aussi distalement que possible, afin de réduire au minimum sa hauteur et par suite sa gêne, la trajectoire parcourue est généralement très courte au niveau des 2e et 3e grosses molaires. Le guide butoir est utilisable dans les cas de fracture post-élévateurs avec perte de substance (perte du condyle, fracassement osseux de la région temporo-maxillaire) ; il a pour but : 1° de limiter l'action des élévateurs pour éviter la tendance à l'élévation de l'extrémité postérieure du maxillaire. La partie supérieure de la gouttière est courbée en avant afin d'offrir un arrêt lors du mouvement vertical à l'extrémité supérieure du butoir articulé ; 2° de guider la mandibule en faisant décrire sa trajectoire normale dans l'ouverture de la bouche.

Pseudo-articulation temporo-maxillaire. Cet appareil (fig. 24 et 25) a pour but la restauration prothétique de l'articulation temporo-maxillaire lorsque la perte de substance osseuse a entraîné l'inaction absolue des élévateurs comme dans une hémirésection mandibulaire.

L'appareil a pour but de permettre la préhension, la compression, la perforation, voire même la trituration partielle des aliments à l'aide de la prothèse nécessitée par la perte de substance.

Dans ce cas le but à atteindre est d'éviter l'affaissement du maxillaire et de la prothèse ou de celle-ci seulement s'il n'y a plus de base osseuse, lorsqu'un corps est interposé entre les surfaces articulaires du haut et du bas.

La force élévatrice utilisée est celle du côté sain ; la direction de la résultante de ces forces sur un seul côté est dirigée presque verticalement en haut et en dedans (fig. 1), mais étant donné que ses points d'application et son point d'appui sont externes par rapport au plan vestibulaire des

molaires et prémolaires, la contraction des élévateurs sur un seul côté agit sur le maxillaire comme sur un levier du premier genre, les dents inférieures trouvant sur le corps musculaire interposé entre elles et leurs antagonistes le point d'appui autour duquel bascule le maxillaire. Plus la tension musculaire est forte, plus le côté opposé s'abaisse et, par suite de l'absence de l'action synergique des muscles de ce côté, l'équilibre n'est pas rétabli.

Pour solutionner ce problème, j'ai pensé à un système d'articulation qui fixerait l'extrémité de la prothèse inférieure à l'arcade supérieure (fig. 25 A) et donnerait ainsi un point d'appui postérieur (*a* fig. 25 B) à la portion de mandibule restaurée, transformant l'action dynamique en un levier du second genre, lorsqu'un corps atimentaire (*r* fig. 25 B) est placé entre ce point d'appui et l'insertion des seuls élévateurs restant, c'est-à-dire ceux du côté opposé de l'arcade (*p* fig. 25 B). Toutefois cette articulation ne peut pas être maintenue au même point dans l'ouverture de la bouche, car elle s'opposerait à l'abaissement mandibulaire de ce côté, il faut lui permettre de s'abaisser, mais alors nous perdons le bénéfice de son action, les corps ne pourront être broyés entre les deux surfaces antagonistes (fig. 25 C), d'où la nécessité de créer un accrochage automatique qui se produira dans l'élévation, tandis qu'au contraire il se détachera automatiquement dans l'abaissement. La figure 25 D indique comment on peut parvenir d'une manière simple à ce résultat (Voir légende explicative de la figure).

La trajectoire d'abaissement est déterminée par la méthode d'enregistrement intra-buccal décrite précédemment (fig. 23), elle est découpée dans une plaque métallique, fixée à un appareil supérieur, la fente obtenue permettra le glissement d'une tige fixée à l'appareil inférieur ; cette fente doit être légèrement prolongée distalement à sa partie supérieure, suivant une faible déclivité afin de fournir un accrochage s'opposant à la fois au glissement vertical et mésial (fig. 25 E). Le centre de rotation permettant le dé-

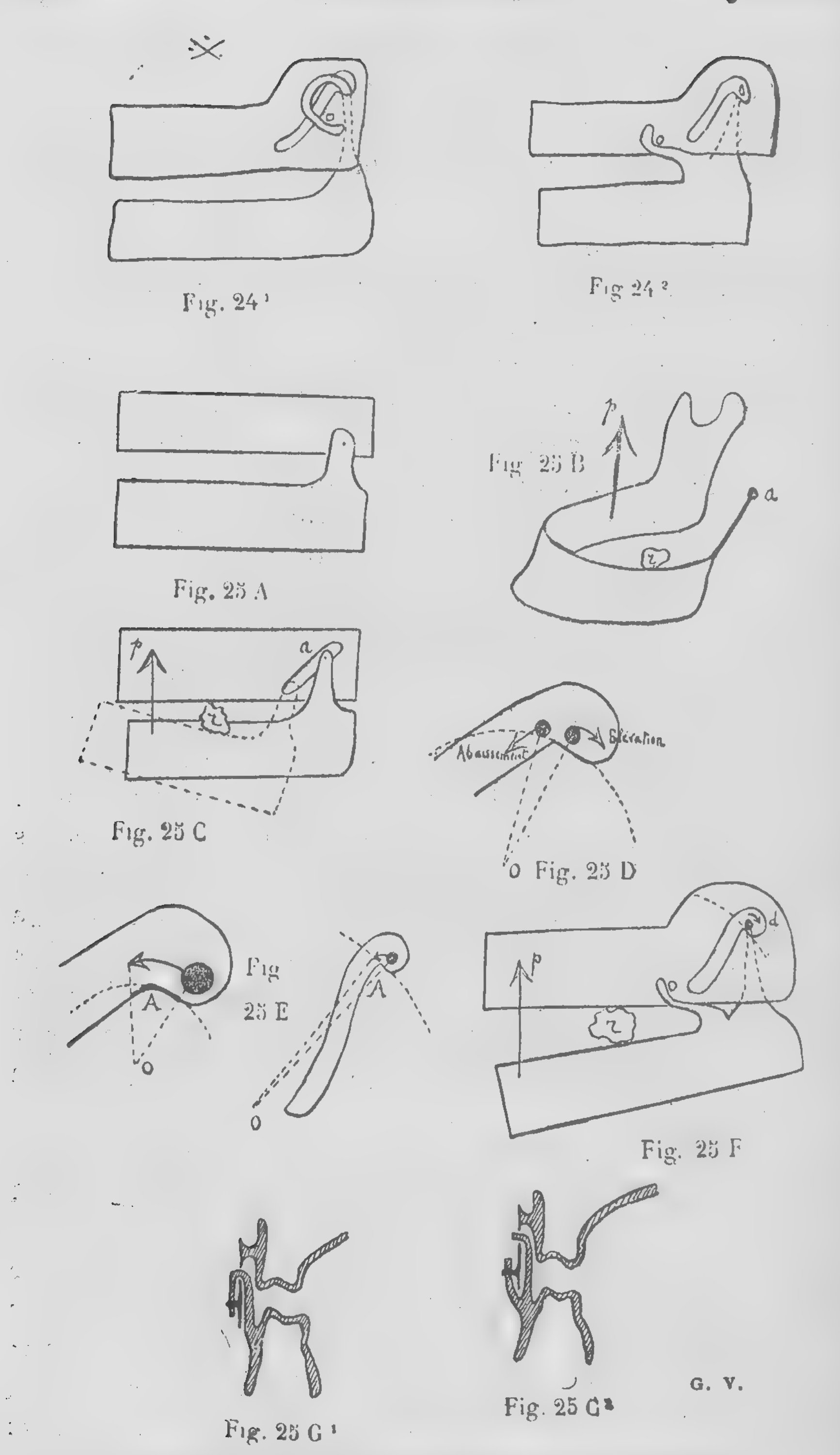


Fig. 24 et 25. — Pseudo-articulation temporo-maxillaire.

Légende des figures ci-contre.

24[1] et 24[2] indiquent deux formes différentes et schématiques de pseudo-articulation temporo-maxillaire.

25 A : articulation temporo-maxillaire remplacée par une articulation simple; la mandibule dans ce cas serait déviée, lors de l'ouverture de la bouche du côté de la fausse articulation, celle-ci ne permettant pas le mouvement de propulsion qui doit accompagner l'abaissement (voir fig. 5).

25 B : transformation dynamique lors de l'élévation par suite de la création artificielle du point d'appui (articulation artificielle) en (*a*) tandis que la force élévatrice (*p*) ne s'exerce que sur un seul côté du maxillaire (hémi-résection du maxillaire). La mandibule travaille comme un levier du 2e genre par suite de cette absence des forces élévatrices sur un côté.

25 C : l'articulation artificielle permet la propulsion, en même temps que l'abaissement, grâce au glissement du point articulaire (*a*) dans une rainure. Le corps interposé entre les arcades ne peut être broyé par suite de ce glissement; d'où nécessité de construire une articulation qui maintienne le point (*a*) au sommet de la rainure articulaire dans l'élévation, tandis que ce même point doit pouvoir s'abaisser et s'avancer dans le mouvement d'abaissement du maxillaire. Il suffit pour obtenir ce résultat de faire pivoter le maxillaire inférieur autour d'un point (*o*) autre que (*a*), afin que celui-ci soit mobilisé suivant l'inclinaison en A (fig. 25 A E) dans l'abaissement et puisse ainsi sortir du plan incliné postérieur continuant la rainure articulaire à son sommet, tandis qu'au contraire, ce même point *a*, pénétrera dans cette portion postérieure de la rainure lors de l'élévation (fig. 25 D).

La déclivité postérieure forme donc le verrouillage nécessaire au broiement du corps interposé entre les surfaces articulaires des dents, en empêchant le glissement en avant et en bas du point *a* (fig. 25 F); plus l'action musculaire sera puissante, plus ce point *a* sera maintenu fortement.

La fig. 25 E indique des inclinaisons variables du plan de verrouillage (A) et le point de rotation (*o*) correspondant à ces plans. On remarquera que plus le point de rotation est éloigné plus tôt se produira le décrochage ou déverrouillage dans l'abaissement; il faut noter alors que le corps à broyer devra être proportionnellement plus petit.

25 G[1] et 25 G[2] indiquent respectivement les coupes des pseudo-articulations temporo-maxillaires représentées schématiquement aux figures 24[1] et 24[2].

crochage est calculé suivant l'angle A (fig. 25 E) découpé dans la plaque et formant butoir. Ce centre devra permettre un décrochage aussi rapide que possible dans l'abaissement, il devra cependant, dans l'élévation, permettre de saisir un corps de la grosseur d'une parcelle alimentaire normale tout en maintenant l'accrochage (fig. 25 F).

Les mouvements de latéralité sont respectés en laissant à la tige guide un jeu de 2 à 3 millimètres entre la plaque articulaire et la face vestibulaire de l'appareil (fig. 24).

En résumé, la bielle est un appareil actif (de réduction) et passif (de contention) pour le traitement des fractures et luxations du maxillaire ; la bielle à manivelle est destinée à corriger les déviations dues à l'absence ou à l'insuffisance de forces propulsives ; le guide butoir sert au même but, mais à cette action s'ajoute la correction des déviations verticales par élévation ; la pseudo-articulation temporo-maxillaire est destinée à corriger l'absence de forces élévatrices.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

Séance du 28 mai 1916.

Présidence de M. Jeay.

La séance est ouverte à 9 heures 50.

Le Président souhaite la bienvenue à M. le professeur Sebileau, auquel il donne aussitôt la parole pour sa conférence.

I. — Comment cicatrisent les fractures de la machoire inférieure dans les traumatismes de guerre, de l'action combinée du chirurgien et du prothésiste dans le traitement de ces fractures, par M. le professeur Sebileau.

M. le professeur Sebileau fait sur ce sujet une conférence qui sera publiée.

Le Président. — Mes chers confrères, mon cher maître. Les nombreux applaudissements qui viennent de souligner les conclusions de votre conférence disent assez tout l'intérêt que nous portons tous à la question que vous venez de traiter si magistralement et aux vérités que vous venez de professer.

Il est bien difficile d'établir une discussion immédiate, tellement le sujet est vaste et important. J'estime qu'il est préférable de la reporter à une séance ultérieure lorsque nous aurons pu tous revoir dans l'*Odontologie* les paroles entendues. M. Sebileau doit d'ailleurs nous présenter tout à l'heure des malades, chacun de nous pourra à ce moment lui demander toute explication complémentaire qu'il désirera.

Néanmoins, mon cher maître, vous dont les instants de répit sont, je le sais, si rares, permettez-moi de vous remercier et de vous remercier vivement de nous avoir fait connaître le fruit de votre judicieuse expérience et des conclusions que vous en avez tirées. Nul plus que vous, qui connaissiez depuis de nombreuses années tout le secours précieux que nos prothèses peuvent apporter aux chirurgiens, n'était autorisé à prononcer de telles paroles. Il est hors de doute pour nous tous, et nos services militaires de l'Ecole l'ont surabondemment démontré, que nos prothèses rendent les plus grands services aux blessés de cette terrible guerre, mais j'estime qu'il est infiniment heureux qu'une autorité comme la vôtre soit venue le dire publiquement. Et je ne cherche pas là un événement heureux, un succès pour notre

spécialité, ma pensée vise beaucoup plus haut. De très nombreux blessés, malgré tous nos rapports, malgré toutes nos protestations, ne bénéficient pas encore en temps voulu de ces prothèses auxquelles ils ont droit. Il n'est pas de jour, même à l'heure actuelle, où nous ne constations ce que je vous dis là. Eh bien! mon cher maître, dans leur seul intérêt, pour abréger leurs souffrances et pour économiser aussi les deniers de l'Etat, ce que vous venez de dire parmi nous, ne pourriez-vous pas le dire, le faire comprendre dans les milieux et les directions compétentes ?

Nous avons fait de l'excellente besogne, dites-vous, et votre appréciation nous est des plus précieuses ; eh bien ! puisque cette terrible guerre peut durer encore, qu'on nous permette donc d'en faire de meilleure en donnant, comme vous l'avez si bien démontré, une collaboration plus immédiate et plus complète encore au chirurgien, en associant davantage nos efforts et nos travaux.

Mon cher maître, je vous remercie encore au nom de tous les membres de la Société, mais le Directeur de notre Ecole, Président de notre groupement, désire certainement joindre ses remerciements aux miens. Permettez-moi donc avant que vous présentiez vos malades, de donner la parole à M. Godon.

M. Godon. — Au nom de notre Groupement, au nom de tous les membres de notre Association, je veux ajouter quelques mots de remerciements et de gratitude à ceux que vient d'adresser notre président, M. Jeay, à notre conférencier, M. Sebileau.

Qu'il me permette tout d'abord de le remercier des paroles très aimables qu'il m'a dites au début de sa conférence. Il sait bien que la réception que nous lui avons faite est de notre part le témoignage qu'il est ici de la maison et que nous sommes tous heureux de l'y recevoir, que nous avons tous ici une pensée de gratitude pour l'excellent enseignement qu'il a donné à nos élèves pendant de si longues années, qu'il continuait à leur donner à Lariboisière avant la guerre.

Dans cette conférence extrêmement intéressante et importante pour nous, il y a deux parties : une partie scientifique que nous avons tous écoutée avec profit, car elle apportait une grande clarté dans ces questions si complexes des blessures de la face que font avec une sinistre fantaisie les projectiles de guerre. Evidemment ce sont des questions très complexes et personne n'était mieux qualifié que M. le professeur Sebileau pour venir nous apporter ici le résultat de son expérience, de sa très grande expérience.

A un autre point de vue je voudrais souligner l'importance de cette conférence. C'est au point de vue professionnel qui nous

touche et plus particulièrement je vous rappelle ce qu'il nous a dit en ce qui concerne le concours que les prothésistes peuvent apporter à nos malheureux blessés pendant cette période consacrée à la défense nationale.

Nous nous rappelons ce qu'avant la guerre, en juillet 1914, on a répondu à nos pétitions : A cette époque les représentants autorisés du Corps de Santé militaire ont dit : « Le dentiste ne constitue que gêne et embarras pendant la guerre ». Nous ne nous en sommes pas tenus à cette définition, à cette malheureuse formule. Nous avons prouvé depuis le début de la guerre, par les efforts qui se sont fait, ici dans cette Ecole, par ceux qui se sont faits dans les écoles similaires et dans notre corps professionnel d'un bout du territoire à l'autre, qu'on s'était trompé, et graduellement, sur l'initiative des dentistes, on a créé des services dentaires et l'on a reconnu que la dentisterie et la prothèse dentaire étaient utiles et pouvaient tenir leur rôle dans la défense nationale.

Il est heureux et très intéressant pour nous qu'après avoir vu le ministre de la Guerre, le sous secrétaire d'Etat du Service de Santé démentir leurs premières paroles à notre sujet, celles que je vous rappelais tout à l'heure, il est heureux, dis-je, d'entendre un homme aussi éminent et aussi qualifié que M. le professeur Sebileau venir indiquer d'une manière magistrale le rôle du dentiste en soulignant que la collaboration du dentiste est utile comme celle du chirurgien pour le traitement de nos blessés de guerre et dès le début pour l'application d'appareils d'immobilisation.

J'en exprime à M. le professeur Sebileau, au nom du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris, notre très profonde gratitude. (*Applaudissements.*)

Le Président. — Vous allez examiner maintenant, Messieurs, les blessés qui ont été soignés dans le service de M. le professeur Sebileau.

(Les blessés sont présentés à tour de rôle et examinés par les membres de la Société).

La séance est levée à midi.

Séance du 25 juin 1916.

Présidence de M. Jeay.

La séance est ouverte à 9 heures.

Le Président. — Nous avons la chance d'avoir parmi nous aujourd'hui M. Belanger, professeur à l'Institut National des sourds et muets, qui va vous faire une conférence sur l'*Orthophonie chez les mutilés des mâchoires* avec présentation de blessés.

Depuis le début de la guerre M. Belanger a eu l'occasion et la bonne fortune — tout au moins pour eux — de rencontrer des blessés militaires. Il a fait la connaissance de M. Frey au Val-de-Grâce et a eu à s'occuper des blessés du service de ce dernier.

Je donne tout de suite la parole à M. Belanger.

I. — L'ORTHOPHONIE CHEZ LES MUTILÉS DES MACHOIRES, PAR M. BELANGER.

M. Belanger. — Je tiens tout d'abord à vous remercier de l'honneur que vous me faites en venant assister à cette conférence. Je prie M. le Dr Frey — que j'espère bien voir tout à l'heure — et votre président, M. Jeay, d'avoir pris l'initiative de cette réunion.

(Il donne lecture de sa conférence, que nous publions d'autre part.)

J'ai fini. Je vous demande pardon d'avoir retenu votre attention aussi longtemps. Je serais heureux cependant si quelques-unes des observations que je vous ai présentées pouvaient être profitables à nos pauvres mutilés qui souffrent pour la France. *(Applaudissements prolongés.)*

(*M. Belanger* présente à l'assemblée son malade, M. Vallat. Ce dernier est examiné par les membres de la Société; quelques-uns de ceux-ci lui posent des questions.)

Discussion.

M. Roy, après avoir examiné le malade. détaille son cas et ajoute : C'est intéressant parce que c'est un blessé récent et par conséquent dans ce cas les exercices de prononciation donnent leur maximum de rendement.

M. Belanger. — Le malade, avec le temps, aurait pris l'habitude d'écrire, car en parlant il n'aurait pas été compris et certainement il n'aurait rien fait, par la suite, pour améliorer sa prononciation. C'est sur cela qu'il faut insister dès le début.

M. Roy. — Nous nous heurtons aux mêmes difficultés en ce qui concerne la reconstitution des mâchoires.

M. Belanger. — Il y avait un mois que M. Vallat était blessé lorsque je l'ai vu et ce qui le faisait le plus souffrir à ce moment-là, c'était son genou.

Il y a amélioration de la prononciation actuellement, mais, dans un an, M. Vallat parlera certainement mieux que maintenant. L'amélioration de la parole se fera sentir encore d'ici peu.

Je regrette que l'autre malade que je me proposais de vous présenter, Volatier, n'ait pas pu venir.

En ce dernier je vous aurais montré un blessé reconstitué et bien reconstitué. Il a perdu toute la partie inférieure de la mâchoire. Pendant des mois sa langue était restée pendante. n'ayant pas d'appui, de plancher. Volatier est un cultivateur auquel on a pu faire tout ce qu'on a voulu. Il parle maintenant comme tout le monde, grâce aux reconstitutions qui ont été faites.

M. Godon. — Vous cherchez à rétablir la parole par la rééducation uniquement en vous servant des éléments qui restent, sans recourir à des appareils de prothèse.

Je me souviens que dans le livre de Kingsley il y a un chapitre entièrement consacré aux règles à observer dans la construction des appareils de prothèse au sujet de la phonation.

M. Roy. — M. Belanger a dit qu'on leur donnait les moyens d'émettre des sons, mais qu'ils ne pouvaient pas les articuler et que par conséquent c'était le fait de la rééducation.

M. Belanger. — Pour les appareils qui tendent à faire disparaître les fissures, tout ce qu'ils peuvent donner est extrêmement important, mais quand vous mettez un appareil à un malade, vous supprimez la cause physique, seulement le patient est gêné par cet appareil, il faut donc l'éduquer, lui apprendre à bien parler. Malheureusement on ne rééduque pas toujours les malades. Il y en a qui sont dans l'impossibilité de faire cette rééducation par suite de leurs occupations. Si l'on se contente de soigner le malade, de lui faire une opération, de lui faire un palais artificiel et qu'on ne lui montre pas comment il peut parler, on risque de n'avoir pas obtenu les résultats recherchés, désirés.

M. Roy. — M. Delair a imaginé pour les fissurés du palais un procédé orthophonique très intéressant. Il nous a présenté à la Société d'odontologie il y a quelques années des fissurés, notamment une femme, dont la parole sans appareil était tout à fait incompréhensible et qui, grâce à l'appareil à clapet que Delair lui avait fait et grâce à la méthode orthophonique de celui-ci, était arrivée à parler d'une façon très correcte.

Ce sont des méthodes orthophoniques spécialement dirigées qui peuvent assurer de tels résultats.

M. Belanger. — Il y a pour ces malades des procédés différents. J'ai vu des opérés, des malades, chez lesquels on avait refait le palais. J'ai vu des reconstitutions merveilleuses donnant au point de vue de la parole des résultats merveilleux. Pourquoi cela ?

M. Roy. — L'orthophonie n'est pas toujours en rapport avec la restitution des organes.

Je me rappelle que mon excellent maître Thomas m'a raconté, le cas d'un homme auquel on avait fait une staphyloraphie tout

à fait convenable, mais qui n'arrivait plus à parler aussi bien qu'auparavant, si bien qu'un beau jour il a pris son couteau et s'est ouvert à nouveau le palais.

M. Belanger. — Je n'ai jamais vu cela. Ce devait être un nerveux, sans doute.

L'opération avait été faite trop tard sans doute. Je puis, pour ma part, vous citer le cas d'un malade qui m'avait été envoyé par M. le professeur Sébileau. On a fait à ce malade une opération à 35 ans. Cela le gênait beaucoup d'apprendre à parler. On a tendance maintenant pour ces fissures de la voûte palatine à faire les opérations beaucoup plus tôt.

M. Roy. — Brophy a pratiqué la staphyloraphie 9 mois après la naissance.

M. Belanger. — Ce que j'ai vu de mieux, c'est l'opération faite à un enfant de 10 ans.

M. Godon. — Je pourrais vous citer le cas d'un patient déjà âgé qui avait de graves défauts de prononciation. Or, après l'application d'un appareil de prothèse approprié, il put être rééduqué assez bien pour passer avec succès un concours, si bien que maintenant il donne des leçons. Ceci prouverait qu'on peut faire de la rééducation assez tard.

M. Belanger. — On trouve au moins chez ces malades âgés la volonté, seulement on ne trouve pas la souplesse.

Chez l'enfant, il y a manque de volonté, mais il y a par contre la souplesse.

M. le président. — A mon avis, cette rééducation orthophonique nécessite une grande expérience comme celle de M. Belanger. Je le voyais tout à l'heure appuyer sur certains endroits de la face : commissure des lèvres, cou, etc., pour faciliter l'émission de certains sons. Ce sont là des moyens que nous ne connaissons pas bien et qui nécessitent une grande dextérité, un grand entraînement.

M. Roy. — Pour avoir des résultats, il faut surtout avoir étudié le mécanisme de la prononciation et l'avoir pratiqué.

M. Belanger. — Il faut surtout l'avoir pratiqué.

M. le président. — Nous remercions très vivement M. Belanger de sa conférence extrêmement intéressante. Comme je vous le disais tout à l'heure, mon impression formelle est que pour obtenir des résultats aussi remarquables que ceux qui ont été obtenus par M. Belanger il est nécessaire d'avoir une très grande expérience de la question. Je puis presque dire que le succès n'est accessible qu'aux initiés. Il est très heureux et très flatteur pour nous tous que M. Belanger ait eu l'idée de choisir notre centre professionnel et scientifique pour venir nous exposer ses idées et les merveilleux résultats de ses travaux.

Nous vous remercions beaucoup, Monsieur Belanger. d'être venu parmi nous aujourd'hui : c'est un honneur que vous nous avez fait. D'autre part, je crois que nos blessés pourront bénéficier, eux aussi, de votre communication parce que nous avons l'intention de propager vos idées et de donner à vos travaux toute la publicité possible, de manière à ce que les centres des blessés de la face profitent de vos recherches et puissent s'inspirer de vos méthodes.

Il est extrêmement heureux qu'un homme de votre expérience précise ses méthodes comme vous l'avez fait.

Vous me permettrez de vous dire néanmoins que, dans nos milieux d'enseignement professionnel, il existe, dans les cours de prothèse, un chapitre sur la phonation. Vous voyez donc par là le souci que nous avons, nous aussi, dans toute notre prothèse restauratrice, notamment pour les perforés du palais, de nous rapprocher des meilleurs résultats. Voici un petit traité de prothèse qui précise les règles établies à ce sujet. Cela a toujours été pour nous un grand souci de rééduquer nos patients et cela vient établir ce que vous avez dit tout à l'heure que non seulement il faut fournir à nos malades, à nos mutilés, l'appareil qui leur est nécessaire, mais il faut aussi les rééduquer pour prononcer correctement.

Monsieur Belanger, nous vous remercions très vivement de votre intéressante communication.

M. Roy. — J'ai été très vivement intéressé par la communication de M. Belanger et j'avoue qu'il a attiré mon attention sur un point qui ne m'avait pas préoccupé suffisamment au Comité de Secours. A cet égard, je me promets bien de faire appel à son bienveillant concours s'il veut bien m'indiquer tout à l'heure comment je pourrais utiliser ce concours pour des malades du Comité.

Tout à l'heure, en écoutant parler M. Vallat, je songeais à trois malades du Comité de secours qui ont des lésions de la langue. Ces blessés présentent des cicatrices et une certaine paralysie de la langue. Ils ont de ce fait des difficultés phonétiques marquées et je serais très heureux, pour ces trois patients et d'autres encore, de pouvoir profiter du bon concours de M. Belanger.

M. Belanger. — Inutile de vous dire que je suis à votre entière disposition et que mon concours le plus dévoué vous est assuré.

Le président. — M. Frey vient de nous prévenir qu'un malade gravement atteint l'a retenu au Val-de-Grâce. Il nous charge de vous remercier, Monsieur Belanger, de tous les efforts que vous avez

faits et de vous féliciter pour les succès que vous avez obtenus auprès de ses blessés.

En même temps M. Frey nous a envoyé des pièces anatomiques pour la question qui va suivre.

M. Belanger présente un autre blessé, M. Volatier, qui vient d'arriver.

Le président. — Etant donnée l'heure avancée, M. Roy veut bien remettre à notre prochaine séance la question portée à l'ordre du jour. Nous reprendrons donc celle-ci au mois d'octobre. Nous remercions M. Roy de son dévouement.

II. — Compte rendu de la réunion spéciale de la « British Dental Association » sur les blessures des maxillaires, par M. Georges Villain.

M. G. Villain donne lecture d'une communication sur ce sujet (sera publié).

Il remercie d'abord le Groupement de l'Ecole dentaire de Paris et la Fédération dentaire nationale de la délégation qu'elles lui ont donnée lorsqu'il a été envoyé en mission en Angleterre par le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé militaire.

Il rend compte des communications qui ont été faites sur les questions mises à l'ordre du jour. Il donne une idée de l'exposition qui avait été organisée et fournit quelques indications sur les services dentaires dans l'armée anglaise. Il signale la cordialité de la réception qu'il a reçue.

Il fait part d'un désir qui lui a été exprimé à Londres par M. Quarterman, de Bruxelles, réfugié à Londres, de voir organiser à Paris un Congrès semblable, auquel seraient invités les Anglais et, partageant lui-même cette idée, il propose sous forme de vœu l'organisation d'un Congrès dentaire inter-alliés.

Discussion.

M. Roy. — Je désire dire quelques mots seulement à propos du compte rendu que vient de nous faire notre ami Georges Villain.

Je crois que les Français se dénigrent beaucoup trop. Quand on voit des choses comme celles qu'il nous a rapportées, on est bien obligé de reconnaître que ces Français n'ont peut-être pas tous les défauts et que, s'ils en ont, et qui n'en a pas, ils ont aussi quelques qualités appréciables.

Avant la guerre il n'existait pas en France davantage d'organisation dentaire qu'il n'en existait en Angleterre. Or je crois qu'à la suite de la fondation du Comité de Secours qui a été créé par l'Ecole dentaire de Paris à l'ouverture des hostilités, le 5 août

1914, je crois dis-je, que nous avons fait quelque chose et que nous avons réalisé quelques progrès. Et nous pouvons dire avec assurance qu'il n'est pas un des nombreux étrangers qui ont visité les organisations dentaires existant en France qui soit revenu avec la même désillusion que celle que notre ami Villain a remportée de son voyage en Angleterre.

J'en ai pour témoignage les propos qui m'ont été rapportés de divers côtés par des confrères anglais qui sont venus visiter les différents services qui existent en France et qui sont tous rentrés pleins d'enthousiasme. Ils ont dit, le mot n'est pas trop fort, l'admiration qu'ils avaient pour ce qui a été fait. Ils ont bien voulu dire que ce qui avait été fait à l'Ecole dentaire de Paris était particulièrement intéressant et même certains confrères ont fait plusieurs voyages pour revoir de nouveau des travaux qu'ils avaient déjà vus et désiraient étudier plus à fond.

Il est bien regrettable, comme le dit l'ami Villain, que justement ceux qui sont venus étudier ici n'aient pas été ceux qui ont été chargés d'organiser des services semblables.

J'avais été très frappé, moi aussi, de ce que m'avaient dit les confrères anglais qui nous ont rendu visite. Je leur demandais : Qu'existe-t-il chez vous pour donner les soins aux blessés des maxillaires ? Ils répondaient : « Les blessés des mâchoires sont dans les hôpitaux, les dentistes ne les voient pas spécialement ».

C'est là vraiment une chose très fâcheuse pour nos amis et alliés et il faut dire tout à fait à la louange de notre pays, que, si nous avons de graves défauts, nous avons aussi un esprit d'initiative et d'organisation qui nous permet de nous adapter très facilement et très rapidement aux circonstances.

Pour ce qui est de l'exposition que le Comité de Secours a envoyée à Londres, nous avons envoyé une importante collection de très beaux dessins des appareils nouveaux que nous employons au Comité et qui n'ont plus rien ou peu de chose tout au moins de commun avec les anciens procédés de traitement. Nous avons envoyé également six grands tableaux montrant les diverses phases du traitement et les différents appareils appliqués à un certain nombre de blessés choisis parmi les plus intéressants. Nous avions eu à un moment donné l'idée d'envoyer en même temps un certain nombre d'appareils anciens, de façon à former une sorte d'exposition rétrospective.

Nous ne l'avons pas fait, bien que nous ayions tout préparé pour cela, parce que nous avons eu un scrupule et nous nous sommes dit : n'envoyons pas cela parce qu'il ne faudrait pas qu'il y ait confusion et qu'on croie là-bas que ce sont là les appareils que nous employons actuellement.

Or, d'après ce que vient de nous dire M. Villain, les appareils que l'expérience de la guerre actuelle a fait écarter sont ceux que nos confrères anglais emploient couramment. Je ne regrette donc pas de n'avoir pas envoyé cette exposition rétrospective qui aurait pu leur faire croire que nous employons des méthodes aussi surannées que les leurs.

M. Godon. — Je me rallie aux observations qui viennent de vous être présentées par M. Roy au sujet des progrès que nous avons réalisés en France depuis le commencement de la guerre.

A la fin de cette séance je crois devoir vous communiquer deux documents.

Le premier est une lettre de remerciements adressée à MM. Georges Villain, Roy et Martinier pour le bon concours qu'ils ont prêté à l'Exposition de la « British Dental Association » de même qu'à son Congrès.

En voici la traduction :

« Cher docteur Villain,

« Au Congrès de la British Dental Association, samedi dernier, il a » été voté une résolution vous exprimant nos remerciements d'avoir » bien voulu honorer de votre présence notre réunion annuelle et tout » spécialement d'avoir bien voulu nous faire votre excellente et origi- » nale communication, laquelle, j'en suis sûr, sera très vivement ap- » préciée par nos membres quand ils auront la possibilité de la lire en » entier dans notre journal.

» Tous les membres du Congrès ont exprimé leur admiration pour » vos appareils scientifiques et originaux, qui, je n'en doute pas, se- » ront d'un grand service pour les traitements si difficiles que vous » avez présentés des blessés de la face et des mâchoires.

» Nous avons été particulièrement heureux de vous recevoir comme » le représentant de nos estimés confrères français et les informa- » tions que vous nous avez données sur leurs magnifiques interven- » tions dans tout le domaine professionnel ont été vivement appréciées » par tous les membres présents. Veuillez avoir l'amabilité de trans- » mettre aux Drs Roy et Martinier nos chaleureux remerciements pour » leurs très intéressantes contributions à notre exposition.

» Je suis sûr que votre visite cimentera plus complètement les ami- » cales relations qui existent déjà entre les représentants de la profes- » sion dentaire en France et en Angleterre.

» Le président : Signé : X...

Vous voyez que les Anglais ont été extrêmement satisfaits du concours que M. Georges Villain a apporté à leur Congrès.

Aussi le bureau de l'Ecole dentaire de Paris, à sa dernière séance, a-t-il voté l'ordre du jour suivant qu'on m'a chargé de vous communiquer :

« Le bureau, après avoir entendu le compte rendu fait par le président de la mission au Congrès de Londres, félicite M. G. Villain du dévouement et de l'intelligence avec lesquels il a rempli la mission que lui avaient confiée le Conseil de l'Ecole et le Ministre de la guerre et du succès qu'il a obtenu, le remercie de ce nouveau service rendu à la Société de l'Ecole et à la profession en allant montrer aux confrères anglais les progrès réalisés par le groupement de l'Ecole dans la dentisterie et la prothèse de guerre et les services rendus à l'armée par tous les dentistes affectés aux divers services de son Dispensaire militaire.

Il rappelle la belle lettre que lui a adressée à ce sujet le Ministre de la Guerre le 14 mai 1915, lettre jointe à l'ordre du jour d'une séance précédente.

Le bureau remercie les confrères anglais de la B. D. A. de la réception faite à leur délégué.

Vous savez que M. Georges Villain avait une délégation officielle du Ministère de la guerre (sous-secrétariat du Service de Santé) pour assister au Congrès de nos confrères anglais. Voici la lettre que le Ministre de la guerre avait adressée à M. Georges Villain :

Ministère de la Guerre
—
Cabinet du
Sous-secrétaire d'Etat
—
Service de santé
—

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Paris, le 11 mai 1916.

Monsieur le Secrétaire général,

C'est avec une vive satisfaction que j'ai appuyé votre nomination au grade de dentiste militaire.

Cette nomination vous était due en reconnaissance et en récompense des services si importants que vous avez rendus à l'armée, en organisant vos centres de prothèse qui ont permis de récupérer tant d'hommes considérés jusqu'alors comme inaptes à faire campagne.

S'il eût été possible de marquer d'une façon plus sérieuse encore la haute satisfaction du Service de santé et de l'armée, vous pouvez être certain que nous n'y aurions pas manqué.

Veuillez agréer, Monsieur le Secrétaire général, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Sous-Secrétaire d'État,
JUSTIN GODART.

(De chaleureux applaudissements soulignent la lecture de ces documents).

Le président. — Il n'y avait pas de meilleure occasion pour vous faire cette communication. Messieurs, vous voudrez bien vous joindre au bureau de l'Ecole dentaire pour remercier notre confrère Georges Villain de son dévouement et de son zèle pour le bien de notre profession et de nos malades.

Je vous prie, mon cher Villain, d'accepter tous les remerciements de la Société d'Odontologie.

Nous nous plaisons tous à reconnaître votre zèle au travail et votre ardeur à poursuivre la mise au point de toutes les questions qui peuvent amener un progrès dans notre profession.

Nous pourrions tirer une conclusion très pratique de votre rapport en étudiant la possibilité d'organiser une réunion Inter-Alliés pour le mois d'août ou de septembre.

Je crois que la Société d'Odontologie pourra encore jouer en cette occasion un rôle prépondérant et utile en contribuant à éclairer nos alliés sur la longue route de progrès techniques que nous avons tous à suivre pour venir en aide aux malheureux blessés des maxillaires. (*Applaudissements prolongés*).

La séance est levée à onze heures 45.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

NOMINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES AU GRADE DE DENTISTE MILITAIRE

ARMÉE DE TERRE

Membres des Corps enseignants des Ecoles dentaires.

Sénécal,	Chef de clinique	E. D. P.
Neuman,	Démonstrateur	E. D. P.
Rousset,	Ex-démonstateur	E. D. P.

Ont été également promus les Chirurgiens-dentistes suivants :

Andreis.	Coupeau.	Garcin.	Morsureux.
Austoutz.	Devant.	Guyonnaud.	Philip.
Bannes.	Davigneau.	Gayot.	Pirou (A.).
Bel.	Daclin.	Isnard.	Péronneau.
Blache.	Dupont.	Jacops (G).	Pivet.
Bargelès.	Descrozailles.	Jollibois.	Rancillac.
Bouchard (Ed.)	Dauzier.	Jourde.	Sibut.
Bourbon.	Danty.	Leblé Kitteler.	Urbain.
Bonnet.	Duvigneau (Marius).	Lhuillier.	Vaette.
Badillé.	Dessignolles.	Martin (R.).	Vidal.
Canuyt.	Edme (E.).	Milcent.	Vertadier.
Cecconi.	Fourny.	Mussat (C.).	Vauthier.
Collin.	Fromentin.	Marme.	Villas.
Clavel (Henri).	Gatineau.	Montagne.	Vialat.

SERVICE DENTAIRE MILITAIRE

Nous devons à l'obligeance d'un de nos confrères, M. D., communication des renseignements statistiques suivants :

..ᵉ ARMÉE. — PLACE DE X... — HÔPITAL TEMPORAIRE N°... — SERVICE DE STOMATOLOGIE.

Rapport du 1ᵉʳ janvier au 31 mai 1916 :

Travaux de Cabinet :

Examens	6.099	
Nettoyages	247	
Extractions (avec anesthésie locale)		2.520
Préparations de cavités		774
Obturations : Ciment		543
— Amalgame		203
Soins divers : dents permanentes, accidents dents de sagesse, trait. stomatite, herp., etc.		413
Total général des officiers, sous-offi– et soldats examinés et soignés		6.099

Travaux de Prothèse :

Empreintes prises	00
Articulations —	00
Appareils de fracture	2
Appareils neufs	469
— remontés	32
Réparations	42
Obturateur	1

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE INTER-ALLIÉS

10, 11, 12, 13 novembre 1916.

ORGANISÉ SUR L'INITIATIVE DE LA SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS
PAR LA FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE (F. D. N.)
LES ÉCOLES DENTAIRES RECONNUES D'UTILITÉ PUBLIQUE
ÉCOLE DENTAIRE DE PARIS, ÉCOLE ODONTOTECHNIQUE, ÉCOLE DENTAIRE DE LYON
ET DE TOUTES LES SOCIÉTÉS ADHÉRENTES

COMITÉ DE PATRONAGE

Le Comité de Patronage compte déjà parmi ses Membres :

M. LE MINISTRE DE LA GUERRE, M. LE MINISTRE DE LA MARINE

M. PAUL STRAUSS, Sénateur,
Membre de l'Académie de Médecine ; Président du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique de France.

M. MESUREUR, Directeur de l'Assistance Publique de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Président d'honneur.

M. JUSTIN GODART, Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé de la Guerre.

Vice-présidents d'honneur.

M. le Médecin inspecteur général CHAVASSE, Directeur général du service de santé du groupe des armées d'opérations.

M. le Médecin inspecteur SIEUR, Directeur du service de santé du camp retranché de Paris.

M. le Médecin général BERTRAND, Inspecteur général du service de santé à la Marine.

M. le Médecin général, MACHENAUD, Chef du service central de Santé au Ministère de la Marine.

Ce Congrès, autorisé par lettre ministérielle du 6 Août 1916, sera spécialement consacré :

Aux Blessures de Guerre des Maxillaires et de la Face ; Prothèse maxillo-faciale.

A la Dentisterie et à la Prothèse Militaires ;

A l'organisation des Services Dentaires dans l'Armée pour la Guerre et pour l'Après-Guerre.

DATE : Il s'ouvrira le Vendredi 10 Novembre 1916, à 14 heures, et se continuera le Samedi 11, Dimanche 12 et Lundi 13 Novembre. — Tous les Centres Stomatologiques de l'Armée sont autorisés à y participer, par lettre de M. le Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé, en date du 6 Août 1916.

SOUSCRIPTIONS : Afin de permettre la publication aussi rapide que possible, en un numéro spécial, de tous les travaux du Congrès, les Souscriptions sont fixées à :

Sociétés adhérentes, *minimum*......	**50** francs.
Membres bienfaiteurs —	**50** francs.
Membres adhérents...............	**20** francs.

Paris, le 10 Août 1916.

Mon cher confrère,

Les conditions particulières de la guerre actuelle ont entraîné de multiples blessures intéressant le domaine de notre spécialité. Les affections dentaires et l'hygiène buccale dans l'armée ont nécessité également des méthodes spéciales de traitement. Les Services successivement créés, sous la poussée des événements et des nécessités, ont exigé de tous nos confrères des efforts considérables et constants.

Les Centres ayant fonctionné les premiers reçoivent journellement la visite de confrères français et alliés chargés d'organiser de nouveaux services. Deux réunions ont déjà été organisées en Angleterre pour traiter ces questions; la Société d'Odontologie de Paris, en reprenant ses séances mensuelles et en appelant à elle les principaux Centres, a obéi à la même préoccupation : *coordonner, puis propager toutes les méthodes nouvelles.*

Actuellement encore de nombreux confrères, français ou alliés, nous prient de poursuivre ce but dont nous ressentons tous l'utilité.

En pleine guerre, il s'agit de condenser tous nos efforts, de coordonner toutes nos idées et de *mettre à profit pour tous l'expérience de chacun.* Bien des questions d'une préoccupation constante et d'un intérêt immédiat restent à résoudre.

Ce Congrès répond à un réel besoin.

C'est un Congrès d'études, de discussions et de conclusions d'où il doit ressortir : 1° un véritable progrès dans le traitement rationnel des blessés de la face et des maxillaires ; 2° l'unité de fonctionnement indispensable dans les Centres d'édentés et de garnison ; 3° l'organisation nécessaire pour la continuation des soins à donner aux blessés durant la période d'après-guerre.

Pour atteindre ce but le Congrès réservera le plus large accueil à tous les travaux originaux présentés sous forme de communications, de démonstrations ou de présentations d'appareils et de blessés par tous les confrères, sans distinction de titres, civils ou militaires, pourvu qu'ils rentrent dans notre programme.

Etant donné les circonstances et le but poursuivi, le Comité est convaincu, mon cher confrère, que vous considérerez de votre devoir d'adhérer à ce Congrès et d'y apporter votre contribution personnelle.

Le Comité d'organisation.

PROGRAMME DU CONGRÈS :

Le Congrès comprendra :

Des assemblées générales. — Rapports et communications.

Des séances de démonstrations ou de présentations de blessés ou d'appareils.

Une exposition permanente de moulages, appareils, radiographies, photographies, dessins.

Vendredi 10 Novembre, à 14 h. : Séance d'ouverture présidée par M. Justin Godart, Sous-Seerétaire d'Etat du Service de santé, et Conférence par M. le Profeseur Pierre Sebileau.

Samedi 11 et Dimanche 12, à 8 h. et à 14 h. : Séances consacrées au Traitement des blessures de guerre des maxillaires et de la face.

Lundi 13, à 8 h. 30 : Séance de démonstrations.

Lundi, à 14 h. : Séance da clôture, présidée par M. Strauss, sénateur, et consacrée à l'organisation des Services dentaires pour la guerre et l'après-guerre. Adoption des vœux.

Les communications relatives au traitement des blessures de guerre seront présentées en suivant l'ordre ci-dessous :

1° Traitement immédiat du blessé ;

2° Réduction (mécanique et chirurgicale) ;

3° Contention et maintien (moyens mécaniques, moyens chirurgicaux, greffe) ;

4° Restauration prothétique et chirurgicale ;

5° Dynamisme (rééducation physiologique).

Dans chaque séance un ou plusieurs rapports seront présentés et discutés sur les points particulièrement intéressants de chacune de ces divisions.

AVIS TRÈS IMPORTANT. — Le Comité d'organisation prie tous les Confrères de lui adresser, avant le 15 Septembre, le titre des questions qui leur sembleraient urgentes à discuter et qui pourraient, en conséquence, faire l'objet de Rapports. Les titres des communications, présentations et démonstrations devront parvenir au Comité d'organisation avant le 30 Septembre ; les pièces et documents à exposer, avant le 15 Octobre.

La correspondance et les documents intéressant le Congrès doivent être adressés à M. H. VILLAIN, 45, rue de La Tour-d'Auvergne, Paris.

PREMIÈRE LISTE D'ADHÉRENTS AU CONGRÈS

Ecole dentaire de Paris,	Société adhérente :	250 francs
Ecole dentaire odontotechnique,	— —	250 »

Membres bienfaiteurs.

MM.	André	50 francs	MM.	Pont	50 francs
	Blatter	50 »		Roy	100 »
	Bioux	50 »		Ruppe	50 »
	D'Argent J.	50 »		Thuillier	50 »
	Fontanel	50 »		Tireau	50 »
	Frey	50 »		G. Villain	100 »
	Godon	100 »		H. Villain	50 »
	Jeay	50 »			

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

Nous avons le regret d'apprendre la mort au champ d'honneur de MM.

BOUNIOL (Lucien-Marcel), chirurgien-dentiste, soldat au 149e d'infanterie, blessé en Champagne en septembre 1914, canonnier-infirmier au 11e régiment d'artillerie, blessé mortellement à 23 ans le 19 juin 1916.

HALLAY (Henri), chirurgien-dentiste, sous-lieutenant au 103e d'infanterie, décoré de la croix de guerre, décédé à l'hôpital militaire de Bordeaux, le 22 juillet 1916, à l'âge de 36 ans.

Nous adressons aux familles nos sincères condoléances.

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous avons le plaisir d'apprendre les citations suivantes :

REY, élève de 2e année à l'Ecole dentaire de Paris. Blessé au bras et en traitement à l'hôpital de Saint-Nicolas-du-Port, sergent au 19e bataillon de chasseurs.

« Sous-officier plein d'entrain. Le 27 février 1916 a donné à tous l'exemple de la bravoure, s'est offert spontanément pour établir la liaison avec les éléments qui se trouvaient à sa gauche. Rencontrant des grenadiers ennemis, en tue un, met les autres en fuite et réussit à accomplir sa mission ».

Ordre de la 4e armée. — Croix de guerre.

WAECHTER (Henri), élève de 3e année à l'Ecole dentaire de Paris.

« Le soldat mitrailleur Waechter Henri, du 124e régiment d'in-

fanterie, soldat d'un sang froid et d'une énergie à toute épreuve, est parti de plein cœur le 1er juin 1916, pour remplacer un camarade d'une autre pièce blessé. Est resté en position sans défaillance jusqu'au 3 juin malgré la fatigue, les privations et un bombardement des plus violents, a été tué par un obus qui a écrasé sa pièce ».

Ordre de la 3e armée. — Croix de guerre.

HENRY (Pierre), sergent de la 24e section d'infirmiers militaires, affecté à l'Ambulance no 4.

« Energique et dévoué. Au péril de sa vie, s'est offert pour aller relever, sous un feu des plus meurtriers de l'ennemi, un officier blessé pendant le combat du 20 août 1914, à Trois-Fontaines (Lorraine annexée) ».

Ordre de la Direction du Service de santé du 21e corps d'armée.

Nous adressons nos vives félicitations à tous ceux, confrères et élèves, qui ont été l'objet de ces citations.

NÉCROLOGIE

Burt.

Nous avons le très grand regret d'apprendre la mort de M. Burt, un des plus anciens membres de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaire de Paris, ancien président de l'*American-Dental Club of Paris*.

Le président et le secrétaire adjoint représentaient l'Ecole à ses obsèques ; la F. D. N. et l'Association générale syndicale des dentistes de France étaient représentées par le Secrétaire général.



Notre confrère M. Morineau vient d'avoir le chagrin de perdre son père, décédé le 28 juillet dernier, à l'âge de 62 ans.

Nous adressons aux familles nos sincères condoléances.

36e ANNÉE. N° 9 30 SEPTEMBRE 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

LES FRACTURES LATÉRALES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE AVEC PERTE DE SUBSTANCE

Leur traitement par l'attraction du fragment postérieur.

Par

Léon IMBERT,
Médecin-Major de 1re classe
Médecin-chef

Pierre RÉAL,
Aide-Major de 1re classe
Assistant

du service de prothèse maxillo-faciale de la 15e région.

Dans cette étude nous avons en vue le traitement des fractures latérales de la mâchoire inférieure dont le fragment postérieur porte une dent au moins.

Dans nos précédents travaux nous avons montré que, dans le traitement des fractures de la mâchoire inférieure, la principale préoccupation du chirurgien doit être d'éviter la pseudarthrose ; et nous avons insisté sur le parti que l'on pourrait tirer du rapprochement des fragments pour obtenir la consolidation des fractures latérales avec brèche osseuse plus ou moins importante.

A l'appui de cette théorie, nous avons signalé que le déplacement compensateur du fragment postérieur en avant et en haut constitue un phénomène naturel. Nous l'avons constaté en dehors de toute intervention thérapeutique dans la plupart des cas de fracture latérale de la mandibule, et nous avons même rapporté l'observation d'une consolidation spontanée où ce déplacement était particulièrement démonstratif.

Aussi dans des cas de ce genre avons nous conseillé l'emploi d'appareils destinés à attirer l'un vers l'autre les frag-

ments, tout en agissant plus particulièrement sur le fragment postérieur.

Ces appareils ont été décrits antérieurement [1], nous nous contentons de reproduire ici celui que nous employons couramment dans le service *(Fig. 1)*. Le système de tiges à

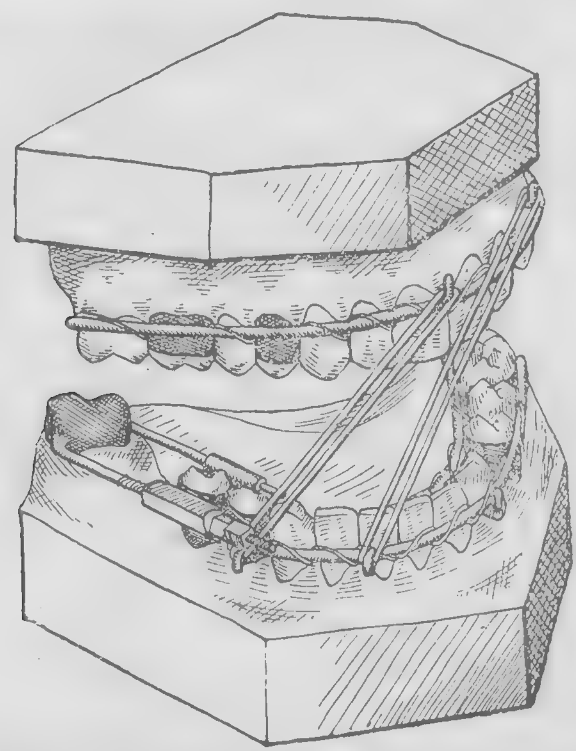


Fig. 1. — Dispositif utilisé pour attirer en avant le fragment postérieur et pour exercer en même temps des forces intermaxillaires.

Le dispositif d'attraction comporte une tige filetée, fixée d'une part à la couronne qui coiffe la dent supportée par le fragment, coulissant d'autre part dans un tube soudé à l'armature du fragment principal.

En serrant l'écrou et le contre-écrou placés en avant de ce tube, on attire en avant le fragment postérieur.

Du côté lingual, dispositif à peu près analogue, mais sans écrou de serrage, il s'agit d'une simple coulisse-guide.

glissière et d'écrous permet non seulement d'attirer l'une contre l'autre les surfaces fracturées, mais encore de maintenir les fragments rigoureusement immobiles pendant toute la durée du traitement.

1. *Presse médicale*, 1915, N° 51.
Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie. Séance du 5-1-16.
» » » » » » » 29-3-16.

D'autre part, en desserrant l'écrou, on peut de temps en temps rendre à l'appareil une certaine liberté qui permet de vérifier le degré de consolidation auquel on est parvenu.

Cet appareil est de construction et d'application faciles, il est très propre et très bien toléré. On l'applique dès qu'il est possible et, dans la première semaine de son application, on serre progressivement les écrous jusqu'à l'affrontement des surfaces fracturées.

Un examen attentif du trait de fracture et surtout une bonne radiographie permettent de vérifier le résultat obtenu. En même temps, on s'efforce au moyen des tractions élastiques inter-maxillaires de s'opposer à la déviation latérale du fragment principal. Ces tractions sont maintenues pendant toute la durée du traitement, tandis qu'au contraire les écrous du dispositif de rapprochement ne sont plus modifiés dès que l'affrontement des fragments a été reconnu suffisant.

Pour exercer des tractions sur le fragment postérieur, il n'est pas nécessaire qu'il présente des points d'ancrage très résistants ; une seule dent suffit, même si elle est réduite à l'état de racines, même si elle est notablement ébranlée. Il importe par contre de veiller tout spécialement sur le dispositif d'ancrage ; une bague est insuffisante ; nous la remplaçons toujours par une coiffe, munie souvent d'un pivot qui pénètre jusqu'à la chambre pulpaire et même dans la racine distale.

Nous désirerions en passant insister sur ce fait qu'il est tout à fait inutile de compter sur la réparation osseuse tant que le milieu buccal septique et le foyer de fracture resteront en communication. C'est pourquoi nous extrayons non seulement les débris radiculaires qui se trouvent implantés au niveau du trait de fracture, mais même les dents qui en jalonnent les bords pour peu qu'elles soient ébranlées.

L'examen radiographique, en nous décelant les rapports réciproques des dents et du foyer de fracture, nous est ici encore d'une réelle utilité.

Le fait suivant, qui s'ajoute à tant d'autres, vient à l'appui de ce que nous venons de dire :

Un blessé entre dans le service douze mois après sa blessure ; il a été traité sans succès pendant onze mois dans un centre de prothèse maxillo-faciale, par les moyens habituels d'immobilisation par les gouttières, et en désespoir de cause on lui a proposé la greffe osseuse qu'il rejeta. Il accepte l'ostéo-synthèse simple, sans greffe, que nous lui proposons, car la brèche osseuse nous paraît peu importante.

On commence à lui mettre la bouche en état. La perte de substance siégeait à gauche dans la région des prémolaires ; sur ses bords se trouvaient implantées, en avant, la canine et l'incisive latérale, en arrière la deuxième prémolaire et la première molaire ; ces quatre dents étaient très ébranlées ; on en pratiqua l'extraction et l'on prépara en même temps les appareils d'immobilisation que nous utilisons pour l'ostéosynthèse. Au moment de les placer, c'est-à-dire huit jours environ après les extractions, on fut tout surpris de constater que la mobilité des fragments était moins grande ; on résolut de surseoir à l'intervention chirurgicale, et aujourd'hui la fracture maintenue par une armature métallique à bagues est en bonne voie de consolidation. Il semble bien que l'infection propagée le long des ligaments altérés des dents extraites, jusqu'au foyer de fracture, ait été la cause de ce retard considérable.

*
* *

Nous n'ignorons pas que la technique préconisée par nous pour le traitement des fractures qui nous occupent va à l'encontre des règles thérapeutiques suivies jusqu'ici en chirurgie et prothèse des maxillaires.

On considère généralement, et c'est à tort selon nous, que la fonction ne pourra être récupérée que si la forme est rétablie dans son intégrité. C'est en vertu de ce principe que Claude Martin, nous l'avons rappelé déjà, lorsqu'il s'agissait de remédier à une perte de substance de la mandibule, s'ingéniait avant tout à reconstituer la forme. Il

commençait à intercaler entre les deux bords de la brèche osseuse cruentée une pièce de prothèse qui maintenait en position normale les fragments mandibulaires, puis secondairement, après cicatrisation des tissus, appliquait une prothèse restauratrice. Naturellement, il n'était pas question de consolidation osseuse dans des cas de ce genre. Parfois une bride fibreuse se formait qui limitait les mouvements des fragments et prêtait une base suffisante à la prothèse restauratrice ; mais le plus souvent celle-ci n'était qu'un pis aller et rétablissait bien mal la fonction. Il faut ajouter encore que son efficacité déjà précaire était liée à l'état des dents restantes ; dès que celles-ci disparaissaient l'appareil de prothèse restauratrice perdait toute stabilité et l'infirmité s'établissait d'une façon définitive.

Au cours de notre pratique dans le service de prothèse maxillo-faciale de la 15ᵉ région, nous avons vu quelques appareils conçus dans ce sens, et nous devons dire qu'aucun ne donnait vraiment satisfaction.

Il nous paraît d'ailleurs important de faire remarquer que la méthode de Claude Martin ne visait nullement les fractures par projectile de guerre. C'est à des altérations toutes différentes de la mandibule que s'adressait la prothèse immédiate ; ce sont les brèches osseuses créées par les ostéites nécrosantes et les tumeurs des mâchoires qui formèrent la base des observations du célèbre prothésiste lyonnais. Les lésions traumatiques de la mandibule que nous traitons présentent des indications thérapeutiques toutes différentes.

Aussi la méthode de Martin n'est-elle guère pratiquée dans son *intégrité* dans les services de prothèse maxillo-faciale. Mais nous savons par contre que la reconstitution de la forme reste le principal souci de la plupart des stomatologistes qui demeurent ainsi fidèles aux idées de Claude Martin. Dans des cas analogues à ceux qui nous occupent, leur thérapeutique se borne à immobiliser les fragments dans une position qui rétablit l'engrènement des arcades dentaires tel qu'il était, avant le traumatique.

Des dispositifs variés, gouttières ajourées ou non, armatures métalliques, etc..., sont utilisés dans ce but. Par contre, rien n'est mis en œuvre pour combler la perte de substance qui existe toujours, plus ou moins importante.

On compte sur les lambeaux périostiques ou les esquilles aberrantes pour obvier à la brèche osseuse, et il est de fait que dans certains cas, impossibles à prévoir d'ailleurs, on assiste à des consolidations de ce genre ; mais il n'en est pas moins vrai que des pseudarthroses plus ou moins lâches sont fréquentes.

Sans doute, on pourra par la suite proposer aux blessés la greffe ostéopériostique ou cartilagineuse, mais tous sont loin de se soumettre à cette nouvelle intervention ; et du reste, nous ne connaissons pas encore un seul cas de greffe suivi de succès incontestable, c'est-à-dire de consolidation de la pseudarthrose mandibulaire.

Quant aux bienfaits de la prothèse restauratrice pour pseudarthroses, nous avons déjà dit à ce sujet clairement notre avis : résultat médiocre tant qu'il restera quelques dents, résultat absolument négatif lorsque celles-ci auront disparu.

Au contraire, grâce à la technique que nous préconisons, la brèche osseuse se trouve comblée par l'accolement actif des surfaces fracturées, ce qui permet au travail de réparation osseuse de s'effectuer dans les meilleures conditions. Quant aux vices d'engrènement et aux troubles de la fonction qui pourraient résulter de la déformation de la mandibule, les observations qui suivent montrent qu'il est possible d'y remédier d'une façon très satisfaisante, même quand il s'agit de perte de substance relativement étendue.

*
* *

Observation 1. — K... Marcel, 21 ans, canonnier au 13e régiment d'artillerie, est blessé en Champagne le 30 septembre 1915 par un éclat d'obus. Il entre dans le service le 4 octobre. Le projectile a porté sur la portion basilaire du maxillaire inférieur droit, dans la région de la première

molaire. L'os est détruit à ce niveau sur une longueur d'un centimètre et demi environ. Cependant la portion alvéolaire moins atteinte et la muqueuse ont maintenu en place la première molaire.

La plaie a mauvais aspect; elle est noirâtre, gangréneuse, malodorante. La salive s'en écoule abondamment. Le blessé est très déprimé, la température est élevée.

On débride largement le 6 octobre, on débarrasse le foyer de quelques esquilles libres et infectées, ainsi que de la première molaire.

Les phénomènes infectieux s'amendent, et le 25 octobre, il est possible d'entreprendre le traitement prothétique. A ce moment, l'état de la mâchoire inférieure est le suivant : toutes les dents, sauf la première molaire inférieure droite, sont présentes. Le fragment principal est légèrement dévié vers la droite (1/2 cent. env.) et légèrement rétropulsé. Le fragment droit est attiré vers la ligne médiane. La mâchoire supérieure est normale. L'articulé des dents est faussé par suite de la déviation des fragments ; les dents du fragment droit notamment ont perdu tout contact avec leurs antagonistes ; celles du fragment gauche n'ont avec leurs antagonistes que des contacts cuspido-cuspidiens.

En raison de la perte de substance assez importante, et surtout en raison de ce que c'est surtout la portion basilaire qui a été détruite par le traumatisme, nous pensons qu'une gouttière ne serait pas suffisante pour lutter contre la pseudarthrose ; et le 27 octobre nous appliquons l'appareil représenté plus haut.

Les deux dernières molaires droites sont coiffées et servent d'ancrage sur le fragment postérieur.

Les écrous du dispositif de rapprochement sont serrés progressivement. Le 8 novembre, la deuxième molaire ayant été amenée au contact de la deuxième prémolaire, l'appareil est remplacé par une armature métallique de simple immobilisation. On continue pendant quelque temps les tractions intermaxillaires pour corriger la déviation latérale.

Le 20 avril la consolidation est absolue. La deuxième prémolaire, est restée très ébranlée ; on l'enlève et on la remplace par le bridge représenté sur la *Fig. 2* dont le rôle est

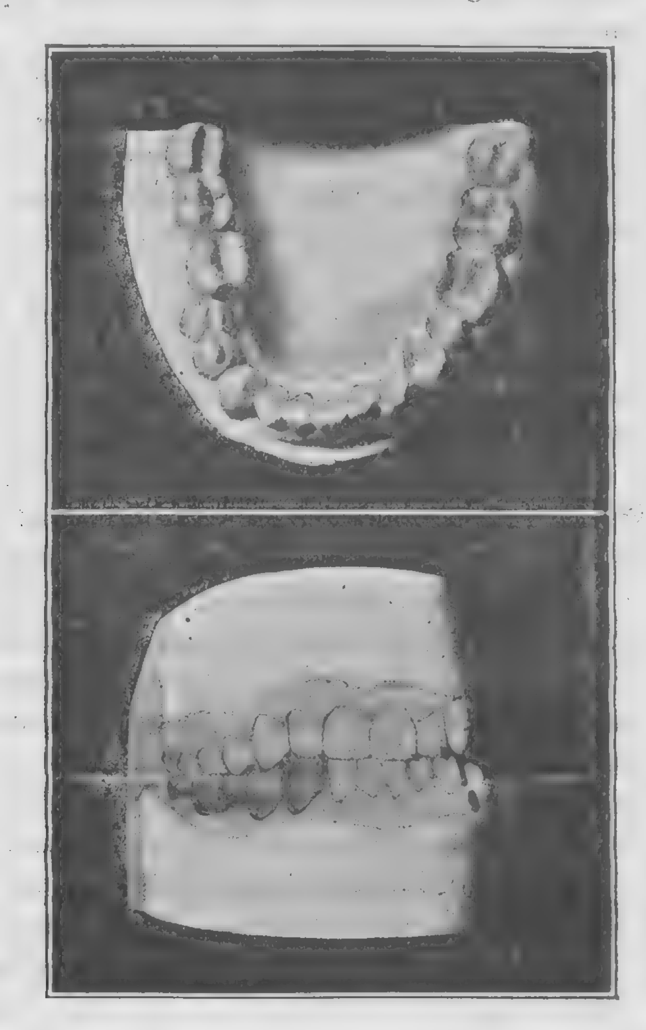


Fig. 2. — Blessé de l'observation I.

En haut : maxillaire inférieur *avant* le traitement.

En bas : après traitement : bridge coiffant en arrière les 2 dernières molaires, en avant la canine et la 1re prémolaire, tablier ou pont remplaçant la 2e prémolaire.

On peut constater l'engrènement dentaire parfait, bien que le fragment postérieur ait été amené en avant de toute l'épaisseur d'une dent.

non seulement de remplacer la dent extraite, mais aussi de continuer l'immobilisation du cal.

Comme le montre la *Fig. 2*, l'engrènement dentaire est

parfait, le fragment principal est en bonne position, et le comblement de la brèche osseuse a été obtenu uniquement



Fig. 3. — Photographie du blessé de l'observation I. Déformation faciale insignifiante.

par l'attraction en avant du fragment postérieur. La fonction est entièrement récupérée *(Fig. 3)*.

* * *

Observation 2. — M... Honoré, 28 ans, caporal au 7e colonial fut blessé le 29 juin 1915 à Krithia (presqu'île de Gallipoli). L'agent vulnérant est une balle entrée dans la région de l'apophyse mastoïde gauche et sortie dans la région du trou mentonnier droit.

A son entrée dans le service le 17 août 1915, les plaies sont cicatrisées, l'état général est satisfaisant.

D'après ce que nous dit le malade, il y aurait une double

fracture ; la première siégeant sur la branche montante gauche, et en effet on provoque par la pression une douleur assez vive à ce niveau, mais il n'existe pas de mobilité anormale et les mouvements imprimés au fragment gauche ne sont pas douloureux ; s'il y a eu fracture, il ne peut donc s'agir selon nous que de fracture partielle. A gauche, au contraire la branche horizontale est détruite sur une assez large étendue. La première molaire et la deuxième prémolaire manquent, ainsi que la portion osseuse qui leur correspondait. La deuxième molaire droite est très ébranlée. La première prémolaire et la canine droite sont réduites à l'état de racines que les tentatives d'extractions montreront fracturées en plusieurs points. La mobilité anormale est considérable. La déviation vers la droite du fragment gauche est peu importante : 5 millimètres environ. Il existe en même temps de la rétropulsion. Ces déplacements se corrigent assez facilement et presque en totalité par la pression.

Le fragment gauche porte toutes les dents depuis l'incisive latérale droite jusqu'à la troisième molaire gauche inclusivement : la première molaire seule manque.

Le fragment postérieur ne porte que la deuxième molaire droite notablement ébranlée. Ce fragment, ainsi que l'indique le modèle *fig. 4*, a déjà subi un mouvement spontané de progression en avant ; en effet, la distance qui sépare de l'incisive latérale la deuxième molaire est bien plus réduite que l'espace occupé par les quatre dents absentes.

Le maxillaire supérieur n'a pas souffert du traumatisme. Par contre, de nombreuses dents cariées devront être extraites. Resteront seules 5 dents saines : la premiére molaire, la première prémolaire et la canine droite, l'incisive latérale et la première molaire gauche.

On commence par immobiliser au moyen d'armatures métalliques selon la méthode courante. Aucun résultat de consolidation n'est obtenu ; aussi se décide-t-on à utiliser le dispositif d'attraction et la fixation du fragment postérieur.

Ce nouvel appareil est mis en place le 22 octobre 1915 ;

c'est-à-dire 4 mois après la blessure ; puis le 8 novembre, le fragment postérieur nous paraissant suffisamment attiré en avant, on fixe au ciment une gouttière métallique immobilisant les deux fragments et les maintenant en contact.

Au début de mai 1916, la consolidation est parfaite, La gouttière métallique est enlevée et remplacée par un bridge qui continuera à immobiliser solidement les deux fragments. Les dents de la mâchoire supérieure sont remplacées par



Fig 4. — Blessé de l'observation II.

A gauche : modèle avant traitement.
Le mouvement spontané du fragment postérieur a déjà rapproché nettement la 2e molaire de l'incisive latérale.
A droite : après traitement et consolidation.
La 2e molaire a été amenée à un centimètre et demi environ de l'incisive latérale pour permettre l'affrontement des surfaces fracturées.

un bridge en deux parties réunies par un dispositif à clavette.

La radiographie ci-jointe confirme la consolidation. Les modèles démontrent bien la migration en avant du fragment postérieur. Nous n'avons pas poursuivi jusqu'en position strictement normale la correction du déplacement du fragment gauche, car nous avions la possibilité de compenser, au moyen de la prothèse supérieure le défaut d'engrènement. Un coup d'œil sur la *fig. 5* permettra de juger qu'il est très suffisant maintenant.

La longueur de la branche horizontale droite prise en mesurant au compas d'épaisseur la distance de l'angle de



Fig. 5. — Blessé de l'observation II.

Après traitement et remplacement des dents supérieures absentes, par des bridges.

L'engrènement est satisfaisant. Légère déviation du maxillaire inférieur vers la gauche, compensée par la prothèse.

la mâchoire à la symphyse mentonnière (distance angulo-mentonnière) est de 9 centimètres. A gauche, elle mesure

11 centimètres ; soit nn raccourcissement de 2 centimètres à droite. *(Fig. 6.)*

Signalons enfin l'excellent résultat obtenu malgré le laps de temps assez considérable (4 mois) qui s'écoula entre le traumatisme et la mise en œuvre du traitement. Ne



Fig. 6. — Photographie du blessé de l'observation II. Légère déformation faciale.

serait-on pas en droit ici de parler de consolidation d'une pseudarthrose ? *(Fig. 7.)*

*
* *

Observation 3. — P... Camille, 22 ans, chasseur au 30ᵉ alpins, est blessé le 12 octobre 1915 par une balle qui fractura la mâchoire inférieure droite dans la région de la première molaire inférieure droite.

Il existe une large brèche osseuse correspondant à la

première et à la deuxième molaires qui toutes deux ont disparu.

On observe les déviations classiques, mais peu accusées cependant; légère déviation droite et légère rétropulsion

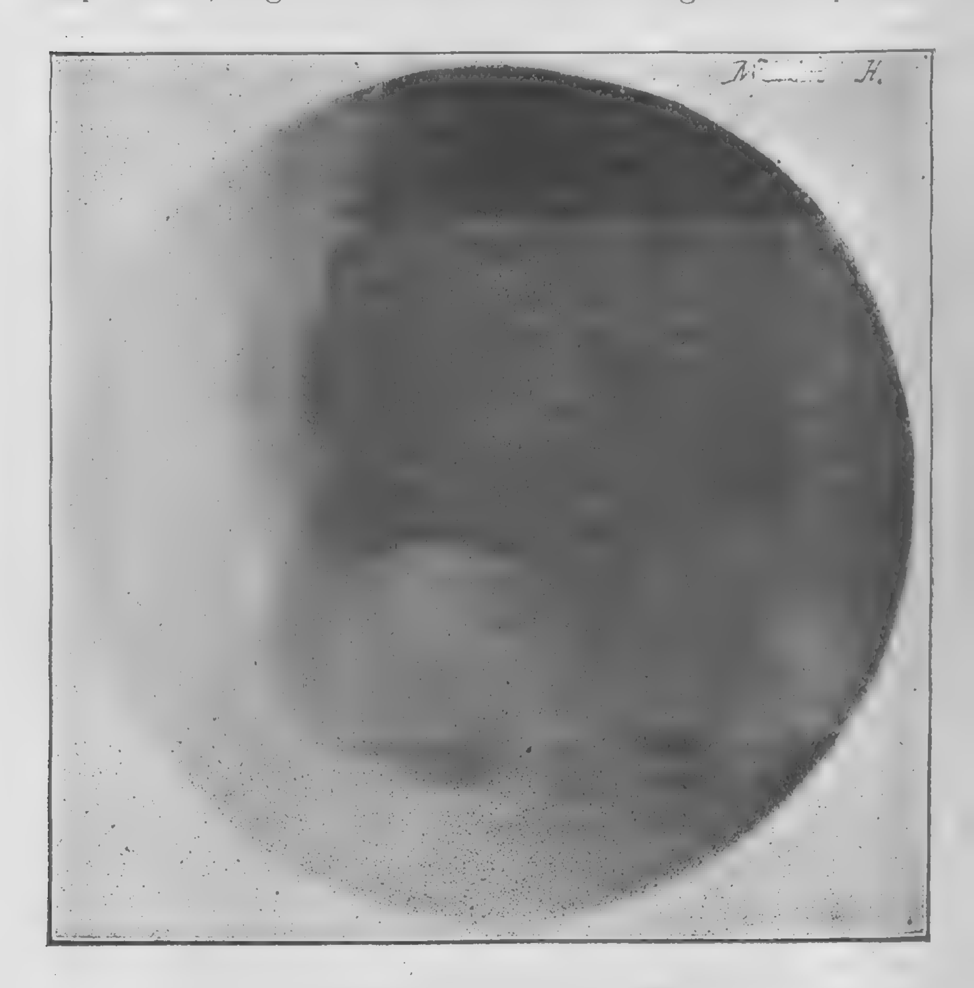


Fig. 7. — Radiographie du blessé de l'observation II.
Bonne consolidation. — On distingue très nettement le mouvement de bascule du fragment postérieur qui le porte en haut et en avant.

du fragment gauche ; légère linguo-déviation du fragment postérieur.

Le fragment principal porte toutes ses dents depuis la deuxième prémolaire droite jusqu'à la dent de sagesse inclusivement. Le fragment postérieur ne porte que la dent de sagesse, d'ailleurs peu solide.

Le 21 novembre notre appareil habituel est mis en place, on agit sur le fragment postérieur par l'intermédiaire de la dent de sagesse qui est munie d'une coiffe.

Le 15 décembre, la dent de sagesse est au contact de la face postérieure de la deuxième prémolaire. Les fragments sont affrontés et l'on bloque les écrous, ce qui transforme l'appareil actif d'attraction en appareil passif d'immobilisation. *(Fig. 8.)*

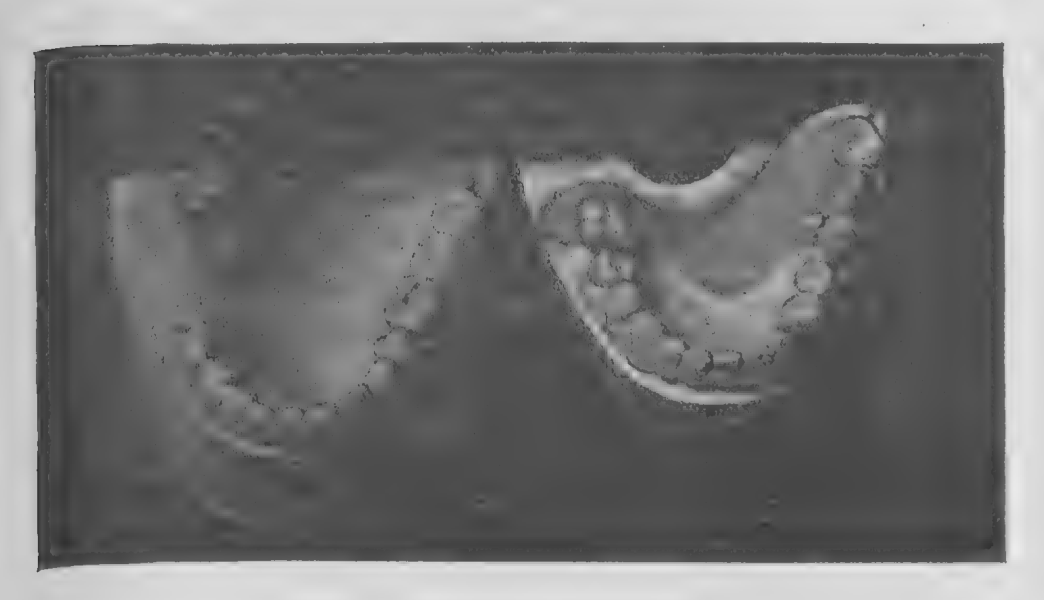


Fig. 8 — Blessé de l'observation III.

A gauche : modèle avant traitement :
La dent de sagesse est séparée de la 2e prémolaire par un espace correspondant à deux molaires.

A droite : modèle après traitement :
La dent de sagesse a été amenée au contact de la face distale de la 2e prémolaire.

On continue jusqu'à la fin du traitement la traction intermaxillaire, car la brèche osseuse était considérable (égale à deux molaires) et on n'a pu en obtenir le comblement qu'en exagérant quelque peu la déviation latérale du fragment principal. *(Fig. 9 et 10.)*

Entre temps, et sans que le traitement prothétique en ait souffert, on pratique le 12 mars 1916, l'incision d'un abcès et l'excision d'esquilles nécrosées.

Le 15 mai 1916, la consolidation est absolue et ainsi que le démontrent les photographies, l'engrènement dentaire atteint presque la normale. *(Fig. 11.)*

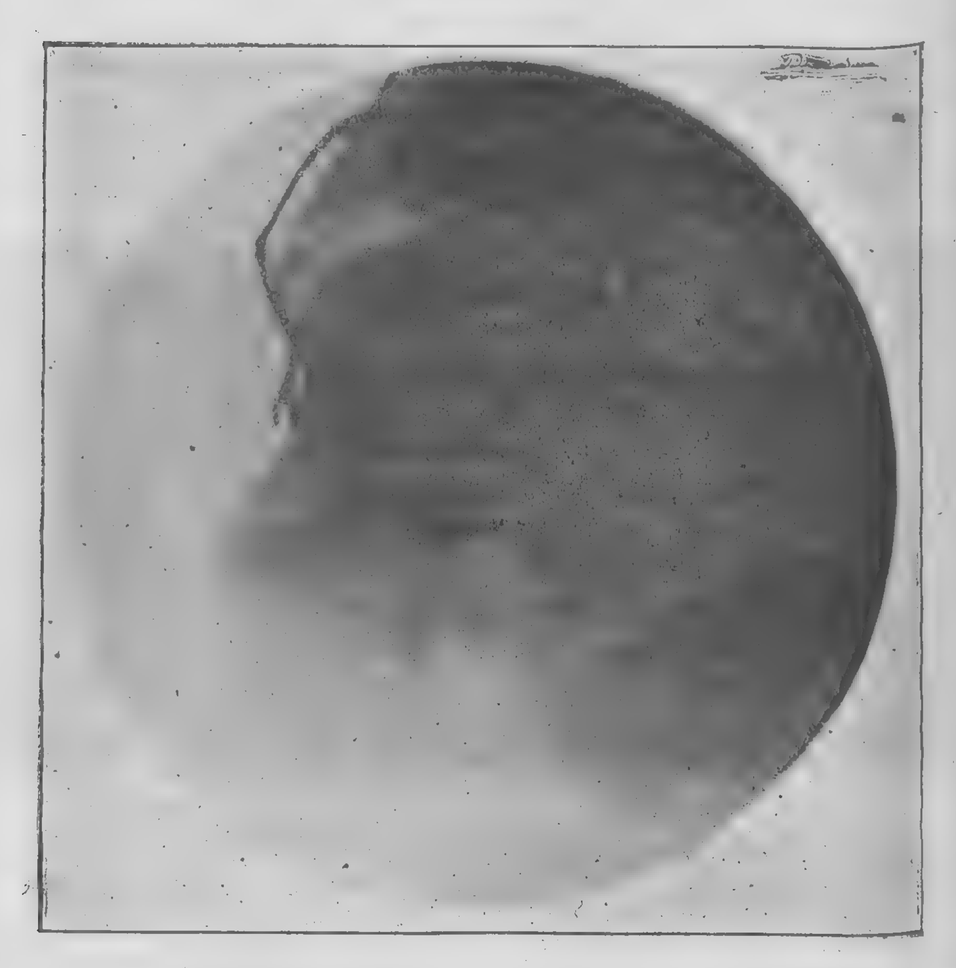


Fig. 9. — Radiographie du blessé de l'observation III au commencement du traitement.

L'attraction du fragment postérieur exercée depuis quelques jours avant la prise de cette radiographie, a déjà rapproché très nettement la dent de sagesse de la prémolaire.

Large brèche osseuse correspondant à la portion basilaire de la mandibule.

La distance angulo-mentonnière droite mesure 10 centimètres 1/2 ; à gauche elle est de 8 centimètres 6, soit un raccourcissement gauche de 2 centimètres environ.

Le visage comme on le verra est peu déformé ; quant à la fonction, elle est parfaitement récupérée. *(Fig. 12.)*

*
* *

Observation 4. — V... Louis, 39 ans, soldat au 242ᵉ d'infanterie, fut blessé le 8 novembre 1915 en Serbie, par un éclat d'obus. Il entre dans le service le 3 décembre 1915.

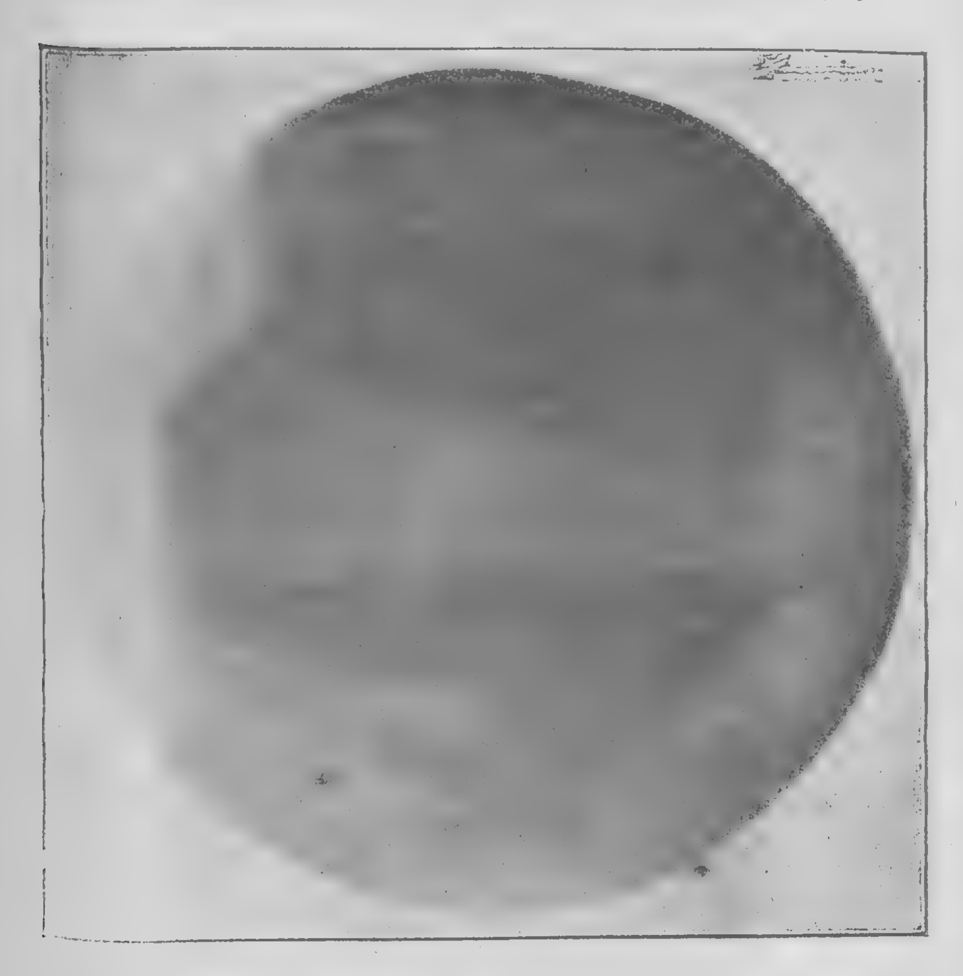


Fig. 10. — Radiographie du blessé de l'observation III après traitement. *Consolidation.* La dent de sagesse a été extraite, car elle était devenue très mobile. On aperçoit la tache claire de son alvéole tout contre la face distale de la 2ᵉ prémolaire.

La blessure siège à gauche dans la région de la première molaire inférieure. La mâchoire inférieure est fracturée à ce niveau et il semble y avoir une perte de substance assez importante.

La première molaire et la deuxième prémolaire manquent ainsi que la portion osseuse sur laquelle elles sont implantées.



Fig. 11. — Blessé de l'observation III.
Guérison avec engrènement très satisfaisant des arcades dentaires.

Le fragment postérieur porte les deux dernières molaires ; il est dévié en dedans ; ce déplacement est commandé par la dent de sagesse supérieure anormalement implantée et formant plan incliné.

Le fragment droit porte toutes les dents depuis la première prémolaire jusqu'à la dent de sagesse droite. Il est très fortement dévié vers la gauche et notablement rétropulsé. (*Fig. 13.*)

De nombreuses dents de la mâchoire supérieure ont été brisées par le traumatisme.

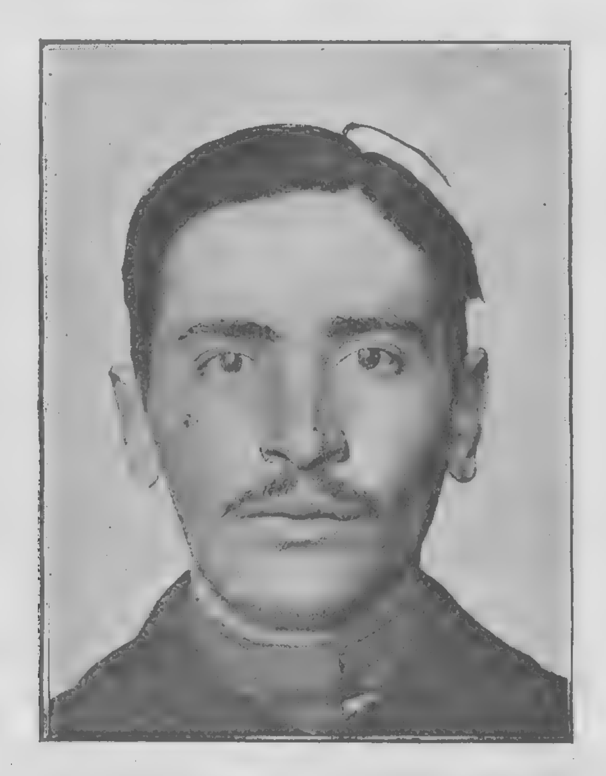


Fig. 12. — Photographie du blessé de l'observation III. Très faible déformation faciale.

Le 10 décembre, le projectile préalablement repéré est extrait. Puis quelques jours plus tard, le 20 décembre est mis en place l'appareil habituel.

Le point d'appui sur le fragment postérieur a été pris sur les deux dernières molaires qui ont été coiffées.

Des tractions élastiques intermaxillaires énergiques sont nécessaires car la déviation du fragment est assez considérable.

Le 20 janvier, la 2ᵉ molaire ayant été amenée au contact

de la première prémolaire, les écrous sont bloqués, on continue la force intermaxillaire. Incision d'abcès et élimination de nombreuses esquilles nécrosées.

Le 30 avril, la consolidation est complète, on place un bridge qui rend solidaires toutes les dents du maxillaire gauche, c'est-à-dire la canine, la première prémolaire et les deux molaires qui sont coiffées et réunies entre elles. *(Fig. 13.)*



Fig. 13. — Blessé de l'observation IV.

A gauche : modèle avant le traitement :

Les 2 dernières molaires gauches sont séparées de la première prémolaire par une perte de substance égale à la dimension de la 1re molaire et de la 2e prémolaire.

A droite : modèle après le traitement :

Les 2 molaires ont été amenées au contact de la 1re prémolaire, un bridge composé de 4 couronnes soudées entre elles, coiffant d'une part les 2 dernières molaires, d'autre part la canine et la 1re prémolaire immobilisait les 2 fragments.

Ce bridge fut placé alors que la consolidation était presque absolue.

La déformation faciale est peu accusée. L'engrènement dentaire presque normal. La fonction sera récupérée dès que les dents de la mâchoire supérieure auront été remplacées. *(Fig. 14.)*

La distance angulo-mentonnière droite égale 9 centimètres 9. Distance angulo-mentonnière gauche égale 8 centimètres 2. Raccourcissement gauche de 1 centimètre 7. *(Fig. 15.)*

*
* *

Observation 5. — Communiquée par M. le médecin

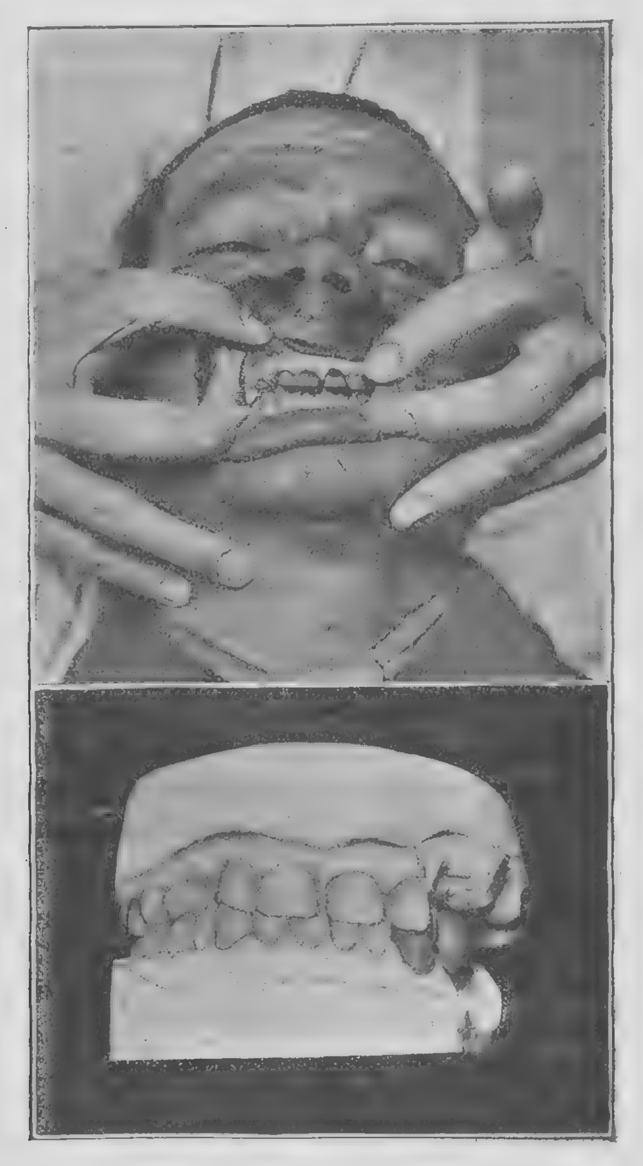


Fig. 14. — Blessé de l'observation IV.
Après traitement et consolidation, l'engrènement dentaire est presque parfait.

aide-major de 1re classe Besson, du centre de prothèse maxillo-faciale de la XVIe région à Montpellier. —

D..., salle 3, lit 39, observation n° 155. Blessé le 1er mai 1915 par éclat d'obus ; son premier billet d'hôpital porte : plaie pénétrante des parties molles de la face. Eclat d'obus dans sinus maxillaire droit. Fracture du maxillaire inférieur droit au niveau de la première grosse molaire.

Il est évacué à Toul, puis à Lyon (Hôtel-Dieu).

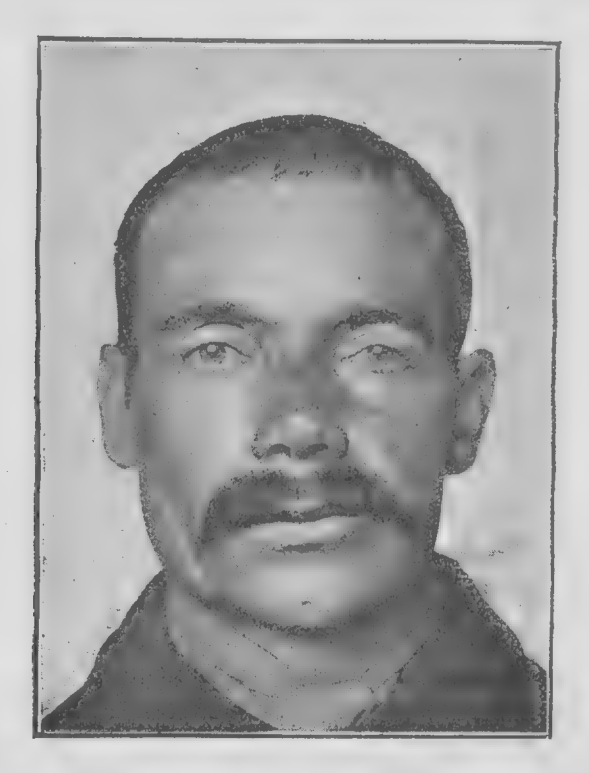


Fig. 15. — Photogr phie du blessé de l'observation IV. Déformation faciale insignifiante.

Les opérations pratiquées à Lyon sont les suivantes : le 6 juin 1915, extraction de l'éclat d'obus logé dans le sinus. Le 1er septembre 1915, autoplatie de la joue droite. Pas de soins prothétiques.

Il rentre à son dépôt (Mazamet) le 10 octobre 1915, puis est évacué sur le centre de prothèse maxillo-faciale de Montpellier avec diagnostic : « Consolidation vicieuse d'une fracture du maxillaire inférieur ».

Voici notre diagnostic à l'arrivée : Fracture ancienne de

la branche horizontale du maxillaire inférieur côté droit. Perte de substance considérable au niveau de la branche horizontale de la mâchoire correspondant à la première grosse molaire inférieure. Pseudarthrose avec mobilité très nette des fragments. Déviation à droite et rétropulsion (intervalle de la déviation entre les deux canines côté gauche 6 millimètres). Occlusion incomplète (béance du plan incisif).

Traitement : en même temps 1° force intermaxillaire pour réduction du fragment principal ; 2° force monomaxillaire pour coaptation des fragments.

Le 6 novembre 1915 : extraction des racines de la première grosse molaire côté droit qui se trouvent dans le trait de fracture.

Le 18 novembre 1915 : pose de deux arcs et une glissière ; haut : 1 arc, 4 bagues, 3 attaches ; bas : 1 arc, 4 bagues, 5 attaches et une glissière interne (dispositif d'attraction du fragment postérieur).

L'intervalle entre la deuxième prémolaire et la deuxième molaire qui était de 8 millimètres le 6 novembre 1915 se trouve réduit à 2 millimètres 1/2 le 24 janvier 1916. La consolidation semble définitive à ce moment. La déviation est corrigée. L'articulation est convenable, bien que la saillie de l'angle de la mâchoire soit effacée.

Le 24 janvier 1916 pose d'une gouttière de contention en argent coulé.

Le 29 mars, le malade est évacué avec sa gouttière de contention. La consolidation de sa fracture peut être affirmée. La fonction de mastication est rétablie.

*
* *

Ces observations démontrent que la déformation de l'arc mandibulaire, même quand il s'agit de pertes de substance très étendues, est bien moindre qu'on ne pourrait se l'imaginer, car c'est surtout aux dépens du fragment postérieur fortement attiré en avant et en haut que s'opère le comblement de la brèche osseuse.

Elles exposent en outre que c'est en tirant parti des mouvements très étendus temporo-maxillaires que nous sommes arrivés à compenser les défauts d'engrènement dûs à l'atrésie du maxillaire inférieur. Ce sont surtout les mouvements de propulsion et de diduction qu'il s'agit d'utiliser, puis de fixer. Les tractions inter-maxillaires, les guides, les plans inclinés, sont judicieusement combinés dans ce but, pendant toute la durée du traitement.

Pour assurer et fixer l'engrènement cherché, il est nécessaire également de meuler quelques cuspides selon la forme qu'exigent leurs rapports nouveaux.

Nous aurions au besoin un autre moyen pour remédier à la malocclusion, ce serait de poursuivre l'expansion du maxillaire atrésié. C'est là un problème maintes fois résolu en orthodontie, des appareils nombreux et variés ne sont-ils pas utilisés dans ce sens. D'autre part, la présence d'un cal osseux récent et à ce titre plus malléable, ne faciliterait-elle pas, à un haut degré, la tâche des stomatologistes ?

Jamais nous n'avons été amenés à recourir à ce moyen, pas plus d'ailleurs qu'aux appareils de prothèse, qui pourtant nous offriraient d'abondantes ressources. En effet, une hémiarcade inférieure vient-elle à se trouver inscrite dans son homologue supérieure et à perdre tout contact avec celle-ci, quoi de plus simple que de doubler l'arcade supérieure de surfaces triturantes s'engrénant avec les dents inférieures. Ajoutons que cette prothèse sera éminemment stable et en conséquence très active, en raison même de ces conditions d'équilibre. On peut se convaincre en effet que les résultantes des forces masticatrices exercées sur ces surfaces broyantes passeront toujours en dedans du plan de sustentation, ce qui constitue la condition essentielle d'une bonne stabilité. D'autre part, en raison de cet équilibre constant, l'efficacité d'un appareil de ce genre n'est nullement lié à la présence des dents.

Bien mieux, tous les stomatologistes savent que l'involution des maxillaires consécutive à la chute des dents est toujours infiniment plus prononcée à la mâchoire supérieure

qu'à la mâchoire inférieure. Or, cette transformation physiologique aura ici un résultat heureux qui sera d'atténuer dans une certaine mesure le défaut de concordance qui pourrait exister entre le maxillaire supérieur sain et le maxillaire inférieur atrésié.

La conclusion de ce que nous venons d'exposer, c'est que l'avenir de ces malades est aussi assuré que le présent ; il n'en est pas ainsi, loin de là, quand il s'agit de pseudarthrose.

*
* *

Nous pensons donc avoir démontré que dans le traitement des fractures latérales de la mandibule avec perte de substance, on devra s'inspirer des principes suivants :

1° Il y a grand intérêt, dans le but de faciliter la consolidation, à attirer l'un vers l'autre les deux fragments osseux ; on ne fait en cela que suivre les indications fournies par la nature.

2° L'atrésie des mâchoires qui résulte de cette technique est peu importante, même quand il s'agit de brèches osseuses assez étendues (correspondant à deux molaires, c'est-à-dire à 2 1/2 ou 3 centimètres par exemple).

3° Cette atrésie n'est pas un obstacle au rétablissement de la fonction, car les mouvements normaux de l'articulation temporo-maxillaire permettent de remédier aux défectuosités de l'engrènement. A leur défaut, on pourrait faire appel aux moyens orthodontiques ou prothétiques bien connus des stomatologistes. Nous devons dire que dans aucune des observations publiées, et dans beaucoup d'autres en cours de traitement, nous n'avons été obligés de recourir à ces moyens secondaires.

Nous pensons enfin que cette méthode de traitement, qui nous a donné des résultats aussi encourageants pour les fractures de la mandibule, pourrait être utilisée pour le traitement des pseudarthroses des membres. Tout dernièrement, dans la conférence qu'il a faite devant les médecins de la XV[e] région, M. le médecin-major Judet, chef du

service orthopédique, a émis une idée semblable : c'est, disait-il, par le « tassement » des fractures à grande perte de substance que l'on éviterait le plus sûrement la pseudarthrose, alors qu'au contraire l'extension continue, ou l'immobilisation en extension, habituellement pratiquées, la favorisent. Quant au raccourcissement qui résulterait d'une telle consolidation, ne serait-il pas infiniment préférable aux troubles fonctionnels dûs à la pseudarthrose ? Nous sommes tout à fait de cet avis. Nous pensons même que notre technique favorise puissamment la consolidation non seulement parce que la brèche osseuse se trouve comblée, mais encore parce que l'accolement actif des surfaces fracturées, obteuu par le serrage répété des écrous, provoque une sorte d'excitation ostéogénétique de nature à faciliter la formation d'un cal.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DES FRACTURES ET DES LUXATIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

La nécessité du tirage en raison de la proximité de la date du Congrès inter-alliés nous oblige à ajourner au prochain numéro la suite de l'article de M. Georges Villain, les clichés n'ayant pu être prêts en temps voulu.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

RÉPONSES DU MINISTRE DE LA GUERRE A DES QUESTIONS ÉCRITES

10751. — M. le lieutenant-colonel Girod, député, demande à M. le ministre de la Guerre si les mécaniciens-dentistes employés dans les centres d'édentés doivent toucher une indemnité spéciale comme spécialistes (*Question du* 30 *juin* 1916).

Réponse.

Aucun texte ne prévoit l'allocation d'une indemnité spéciale aux infirmiers mécaniciens-dentistes employés dans les centres d'édentés.

Ces militaires reçoivent la solde et les accessoires prévus par les règlements, au même titre que les autres hommes des sections d'infirmiers (*Journal officiel*, 25 août 1916).

10618. — M. Reynouard, député, demande à M. le ministre de la Guerre si, au lieu de créer de nouvelles automobiles pour le service dentaire, dont le prix de revient (traitement du personnel, essence, pneus, etc.) est extrêmement élevé et peu en rapport avec les services rendus, il n'estime pas qu'il serait beaucoup moins coûteux et beaucoup plus utile de créer de nouveaux postes dentaires fixes dans la zone des armées, avec un chirurgien-dentiste dont le traitement est minime (*Question du* 22 *juin* 1916).

Réponse.

L'organisation complète du service dentaire nécessite l'aménagement de formations fixes et de formations mobiles en vue de parer à tous les besoins et à toutes les éventualités qui se produisent à la guerre. (*Journal officiel* du 8 septembre 1916.)

CONGRÈS DENTAIRE INTER-ALLIÉS

10, 11, 12, 13 novembre 1916.

L'intérêt soulevé par le Congrès dentaire inter-alliés est démontré par le nombre d'adhésions qui nous sont déjà parvenues et qui s'élèvent à près de 300 et par le montant des souscriptions qui atteint 8.250 fr. La participation d'un certain nombre de confrères des pays alliés est assurée; de nombreuses adhésions nouvelles nous sont annoncées. Nous publierons dans notre prochain numéro la liste des adhérents et celle des souscriptions; on trouvera plus loin le règlement du Congrès et la liste des rapports qui seront discutés au cours des séances.

Rappelons que le congrès organisé, sur l'initiative de la Société d'Odontologie de Paris, par la Fédération Dentaire Nationale (F. D. N.), les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique (Ecole Dentaire de Paris, Ecole Odontotechnique, Ecole Dentaire de Lyon) et toutes les sociétés adhérentes, aura lieu à Paris du 10 au 13 novembre 1916, dans les locaux de l'Ecole dentaire de Paris, Dispensaire militaire 45 (annexe du Val-de-Grâce, 45, rue de La Tour-d'Auvergne et 5 *bis*, Cité Milton).

Ce congrès, autorisé par le ministre de la Guerre et placé sous son patronage, ainsi que sous le patronage du ministre de la Marine, sera présidé par M. Justin Godart. sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé, président d'honneur.

Il sera spécialement consacré aux blessures de guerre des maxillaires et de la face : prothèse maxillo-faciale, à la dentisterie, à la prothèse militaire et à l'organisation des services dentaires dans l'armée pour la guerre et pour l'après-guerre.

Le compte rendu du congrès sera publié dans un volume, auquel donneront droit les souscriptions, fixées à 50 francs *au minimum* pour les *sociétés adhérentes*, 50 francs pour les *membres bienfaiteurs*, 20 francs pour les *membres adhérents*.

Programme provisoire.

Vendredi 10 novembre, à 14 h. : séance d'ouverture, présidée par M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé de la guerre et conférence par M. le professeur Pierre Sebileau.

Samedi 11 et dimanche 12, à 8 h. et à 14 h. : séances consacrées aux rapports et communications.

Lundi 13, à 8 h. 30 : démonstrations ;

Lundi, à 14 h.: séance de clôture sous la présidence de M. Paul Strauss, sénateur. Adoption des vœux.

Les communications relatives au traitement des blessures de guerre seront présentées dans l'ordre ci-dessous :

1° De l'action du dentiste dans les jours qui suivent le traumatisme.

Rapport : Traitement immédiat des fractures des maxillaires.

2° De la réduction et de la contention mécanique des fractures.

Rapports : A. Traitement des fractures rétro-dentaires.

B. La pseudarthrose doit-elle être préférée à une consolidation vicieuse ?

3° De la restauration prothétique.

Rapports : A. Traitement prothétique des pseudarthroses du maxillaire inférieur.

B. Des indications des divers appareils de restauration et des substances à utiliser.

4° Du dynamisme (rééducation physiologique).

Rapport : Constriction des mâchoires.

5° De l'intervention combinée du chirurgien et du prothésiste aux différentes phases du traitement des traumatismes maxillo-faciaux.

Rapports : A. Des principes prothétiques appliqués au traitement des traumatismes maxillo-faciaux.

B. Traitement chirurgical des pseudarthroses du maxillaire inférieur.

C. Traitement chirurgical des fractures du maxillaire inférieur vicieusement consolidées.

Les communications relatives à la dentisterie et à la prothèse de guerre, à l'organisation et au fonctionnement des services dentaires dans l'armée seront présentées dans l'ordre ci-dessous :

1° La prothèse d'édentés pendant la guerre.

Rapports : A. Conservation ou extraction des racines en vue des applications prothétiques chez les inaptes.

B. La question des édentés.

2° La dentisterie opératoire de guerre.

Rapport : Rôle et organisation des cabinets dentaires de garnison.

3° Organisation des services dentaires dans l'armée pour la guerre et l'après-guerre.

Rapports : A. Organisation générale des services dentaires dans l'armée et rôle du dentiste pendant la guerre.

B. Nécessité d'une organisation d'après-guerre pour le renouvellement et l'entretien des appareils de prothèse restauratrice.

Les titres des communications, présentations et démonstrations devront parvenir au comité d'organisation ainsi que les pièces et documents à exposer avant le 15 octobre.

La correspondance et les documents intéressant le congrès doivent être adressés à M. G. Villain, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris-IXe.

Règlement provisoire.

Article 1. — Un congrès dentaire inter-alliés, placé sous le patronage des ministres de la Guerre et de la Marine, du président du Conseil supérieur de l'Assistance publique de France et du directeur de l'Assistance publique de Paris, etc., et sous la présidence d'honneur de M. le Sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé, aura lieu à Paris les 10, 11, 12 et 13 novembre 1916.

Ce congrès est exclusivement consacré :

1° Aux blessures de guerre de la face et des maxillaires : Prothèse maxillo-faciale ;

2° A la dentisterie et à la prothèse militaire ;

3° A l'organisation des services dentaires dans l'armée pour la guerre et l'après-guerre.

Article 2. — Le droit d'admission au congrès est fixé à 20 fr. pour les membres adhérents, à 50 fr. minimum pour les membres bienfaiteurs et à 50 fr. minimum pour les sociétés adhérentes.

Le comité d'organisation pourra dispenser de cotisation les confrères aux armées qui en feront la demande.

Les membres bienfaiteurs, les sociétés et les membres adhérents auront droit au volume des compte-rendus.

Article 3. — Les demandes d'admission et le montant des cotisations devront être adressés au trésorier, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

Le comité d'organisation prie instamment les adhérents qui désirent prendre part au congrès d'envoyer leurs souscriptions le plus tôt possible.

Article 4. — Le congrès se tiendra à Paris. Le lieu de réunion sera fixé ultérieurement.

Article 5. — Le congrès comprendra :

Des assemblées générales où seront présentés et discutés les rapports, les communications et les vœux.

Des séances de démonstrations ou de présentations de blessés ou d'appareils.

Une exposition permanente de moulages, appareils, radiographies, photographies, dessins.

Le programme du congrès est ainsi fixé :

Vendredi 10 novembre, à 14 heures : séance d'ouverture. Rati-

fication de la nomination du comité et de son bureau, nomination des commissions spéciales (communication des vœux, etc.)

Samedi 11 et *dimanche* 12 à 8 heures et à 14 heures : séances consacrées au traitement des blessures de guerre des maxillaires et de la face et aux applications de la prothèse maxillo-faciale.

Lundi 13, à 8 heures 30 : séance de démonstrations.

Lundi à 14 heures : séance de clôture consacrée à l'organisation des services dentaires pour la guerre et l'après-guerre. Discussion des rapports et adoption des vœux soumis à la commission spéciale nommée à la première séance.

Les rapports et communications relatifs au traitement des blessures de guerre nécessitant l'intervention du dentiste ou la collaboration du chirurgien et du dentiste seront présentés en suivant l'ordre ci-dessous indiqué :

1° De l'action du spécialiste dans les jours qui suivent le traumatisme ;

2° Réduction et contention mécanique des fractures ;

3° Restauration prothétique ;

4° Dynamisme (rééducation physiologique) ;

5° De l'intervention combinée du chirurgien et du prothésiste aux différentes phases des traumatismes maxillo-faciaux.

Article 6. — Dans chaque séance seront présentés et discutés un ou plusieurs rapports sur les points particulièrement intéressants de chacune des divisions sus-indiquées.

Les questions qui feront l'objet de ces rapports seront choisies par le comité d'organisation qui nommera les rapporteurs.

Les communications librement choisies par leurs auteurs seront groupées suivant le même ordre de sujets que les rapports et seront présentées à la suite de chacun de ceux-ci.

Les autres communications seront présentées dans des séances spéciales.

Article 7. — Les membres du congrès qui désireront faire des communications, présentations ou démonstrations sont priés d'en avertir le secrétaire général avant le 15 octobre. Ils devront lui adresser le titre et les conclusions de leurs communications ou le libellé sous lequel ils désirent faire leurs démonstrations ou leur présentation de blessés ou d'appareils avant le 15 octobre.

Les conclusions devront être rédigées en français.

Article 8. — Les rapports seront imprimés et distribués avant l'ouverture du Congrès. Vingt minutes seront accordées à chaque rapporteur pour résumer son travail et exposer ses conclusions.

Pour les *communications*, 15 minutes seront accordées à chaque auteur pour l'exposé de son travail.

Aucune prolongation ne pourra être accordée aux auteurs pour l'exposé de leurs travaux.

Article 9. — Les communications seront présentées successivement et sans interruption à la suite de chacun des rapports ayant trait aux mêmes questions. La discussion ne sera ouverte qu'ensuite et sera clôturée par le rapporteur.

Il sera accordé à chaque orateur 5 minutes pour prendre part à la discussion qui suivra la présentation de la question faisant l'objet d'un rapport et des communications s'y rattachant. Le même orateur ne pourra prendre la parole qu'une fois au cours de chaque discussion.

Les orateurs qui désireront prendre part à la discussion des sujets mis à l'ordre du jour ou des communications annoncées pourront se faire inscrire d'avance en écrivant au secrétaire général.

Article 10. — Le dernier délai pour l'envoi du texte des communications à publier dans le volume des compte-rendus est fixé au 10 novembre 1916.

Tout travail n'étant pas parvenu à cette date ne pourra figurer au volume que par son titre.

Article 11. — Les Congressistes désireux d'exposer des pièces et documents (moulages, appareils, radios, photos, dessins) devront prévenir avant le 15 octobre 1916, en indiquant toutes les conditions d'emplacement nécessaires et fairé parvenir les objets avant le 1er novembre.

Article 12. — Pour être membre du Congrès il faut être agréé par le Comité d'organisation.

Peuvent être agréés :

1° Tous les professionnels des pays alliés exerçant l'art dentaire ;

2° Tous les chirurgiens des pays alliés s'intéressant au traitement des blessures de guerre des maxillaires et de la face ;

3° Il faut exercer honorablement sa profession, c'est-à-dire s'interdire toute réclame ou tout acte contraire à la dignité professionnelle ;

4° Les confrères des pays neutres agréés par les pays alliés pour traiter les blessés militaires de la face et des maxillaires dans les formations sanitaires.

Les femmes des congressistes peuvent assister aux séances.

Article 13. — Les confrères des pays neutres désirant adhérer au Congrès devront être autorisés par le directeur du Service de santé et être agréés par le Comité d'organisation.

Les élèves régulièrement inscrits dans une Ecole dentaire de Faculté ou reconnue d'utilité publique pourront adhérer au Congrès.

Nota. — Les membres désireux de faire des démonstrations ou communications nécessitant une installation de matériel sont priés de donner d'avance toute indication à ce sujet (emplacement, électricité, gaz, etc.).

Adresser les communications, les demandes de démonstrations, etc., les demandes de renseignements, au secrétaire général M. G. Villain, 45, rue de la Tour-d'Auvergne, Paris.

Adresser les adhésions et versements au trésorier M. H. Villain, 45, rue de la Tour-d'Auvergne.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

TRIBUNAL CIVIL DE LA SEINE (7e Ch.)

PRÉSIDENCE DE M. RANSSON.

Audience du 27 février 1914.

COMMERÇANT. — CHIRURGIEN-DENTISTE. — VENTE DE MENUS OBJETS, INDUSTRIE ACCESSOIRE. — TRAITÉ DE PUBLICITÉ. — TRIBUNAL DE COMMERCE. — INCOMPÉTENCE.

Le chirurgien-dentiste, même si, accessoirement à l'exercice de sa profession, il vend de menus objets se rattachant à l'art dentaire, n'est pas un commerçant.

En conséquence, le tribunal de commerce est incompétent pour connaître des difficultés soulevées entre un dentiste et la Compagnie des Omnibus à propos de l'exécution d'un traité de publicité intervenu entre lui et ladite Compagnie.

Ces solutions résultent du jugement suivant, rendu après plaidoiries de Mes *Henri Sauvard* pour M. P., appelant, et *Brizard*, pour la Compagnie générale des Omnibus, intimée;

« Le Tribunal;

» Attendu que P. a interjeté appel d'une sentence du Tribunal de paix du 1er arrondissement qui, à la date du 4 avril 1913, l'a condamné à payer à la Compagnie des Omnibus une somme de 300 francs pour publicité;

» Attendu que l'appelant soutient que, s'agissant d'un acte de commerce résultant d'un contrat de publicité ayant fait naître un différend entre deux commerçants, la juridiction consulaire était seule compétente.

» Attendu qu'il importe peu que le fait de passer un contrat de publicité constitue un acte commercial, l'unique question à résoudre étant uniquement celle de savoir si P. avec qui la Compagnie des Omnibus a traité est ou non un commerçant;

» Attendu que les termes de la publicité elle-même, qui a donné naissance au litige, révèlent que P. est un chirurgien-dentiste, ce qui le rend justiciable des tribunaux de droit commun; qu'il n'est pas impossible qu'il ajoute aux résultats de sa profession les bénéfices accessoires résultant de la vente de menus objets se rattachant à l'art dentaire;

» Par ces motifs:

» En la forme, reçoit P. appelant du jugement rendu par le

Tribunal de paix du 1er arrondissement de Paris, le 4 avril 1913 ;

» Au fond, dit que le premier juge était compétent ; déclare P. mal fondé en son appel, l'en déboute ; confirme purement et simplement le jugement entrepris... »

OBSERVATIONS. — Les actes de commerce qui, quoique habituels, constituent seulement un accessoire de la profession qui est civile, ne rendent pas commerçant celui qui les accomplit. Cette solution a été consacrée : 1° pour le vétérinaire qui achète des drogues pour les revendre : C. de Caen, 6 mai 1901 (Dalloz, 1902, 2,243) ; 2° pour le gérant d'un bureau de tabac qui exploite un commerce accessoire (vente d'articles de fumeurs ou de cartes postales) : C. de Lyon. 20 juin 1912 (Sirey, 1914.2.1 et la dessertation de M. Mestre) ; 3° pour le chirurgien-dentiste qui achète des outils nécessaires à l'exercice de sa profession : C. d'Alger, 9 novembre 1914 (Dal., 1905.2.100).

Si cependant la vente constituait pour un chirurgien-dentiste l'exercice principal de sa profession, celui-ci serait un commerçant. Il en est ainsi du dentiste qui vend des poudres dentifrices non seulement à ses clients, mais à diverses pharmacies : C. de Paris, 24 octobre 1908 (Dal., 1909.2.279).

En somme, la solution de la question dépend du point de savoir lequel de l'exercice de l'art dentaire ou du trafic des objets dentaires constitue le principal et l'accessoire. Si, comme dans l'espèce rapportée, le trafic n'est qu'un accessoire, le dentiste n'est pas commerçant.

(*Le Droit*, 13, 15, 16 mars 1915).

EXERCICE ILLÉGAL DE L'ART DENTAIRE

Le Turc Ephraïm Benecza, originaire de Smyrne, admis à séjourner en France, était poursuivi, le 8 juillet 1915, devant le tribunal correctionnel pour exércice illégal de l'art dentaire. Benecza avait autrefois pour collaborateur un diplômé, M. E. K. Ce dernier ayant été mobilisé, le Turc, tranquillement, continua à exercer seul, 187, avenue de Clichy. Le tribunal l'a condamné à 100 francs d'amende et à 500 francs de dommages-intérêts.

Le Petit Parisien, 9 juillet 1915).

TRIBUNAL DE ROUEN (2e CHAMBRE)

Mme Z..., propriétaire à Paris, voulut, en 1911, profiter de son séjour estival dans une plage balnéaire de la Seine-Inférieure pour se faire livrer un dentier par un dentiste de la sous-préfecture voisine. Le prix convenu fut de 500 fr.

Après s'être déplacée aussi souvent que le lui avait demandé le chirurgien, Mme Z... dut rentrer à Paris, sans avoir un appareil dont elle put se servir. Divers voyages furent en outre faits par Mme Z... de Paris à Y..., dans le but de permettre à M. X... de satisfaire, quoique tardivement, à son obligation. Mais finalement, Mme Z... refusa de prendre livraison de l'appareil, qui ne correspondait pas du tout à ce qui lui avait été promis.

Mme Z... dut alors assigner M. X... en reprise du dentier et en paiement de dommages-intérêts.

Un expert spécialiste fut commis pour examiner l'appareil... et aussi la bouche de Mme Z...

Statuant au vu du rapport de l'expert, les premiers juges ne donnèrent que partiellement gain de cause à Mme Z... Le Tribunal constata bien que l'appareil commandé était un dentier sans succions en caoutchouc, tandis que l'appareil livré comportait de telles succions ajoutées après coup, et sans succès du reste, pour essayer de faire tenir le dentier. Il paraît que Mme Z... est excessivement rhumatisante et que les succions en caoutchouc sont susceptibles d'amener une perforation du palais chez les rhumatisants. Le Tribunal releva, en outre, que, par suite d'un défaut d'articulation, les dents supérieures et inférieures ne portaient pas pointe sur pointe. Néanmoins, le Tribunal pensa que les imperfections constatées étaient faciles à corriger, qu'il pourrait y être remédié, et qu'il suffisait de réduire de 200 fr. le prix de l'appareil.

Une telle décision ne pouvait contenter aucun des plaideurs. Mme Z... fit un appel principal en vue de faire condamner M. X... à reprendre le fameux dentier entre les mains du séquestre chargé d'en assurer la conservation.

M. X... forma un appel incident pour faire condamner sa cliente à lui payer le prix entier stipulé pour la fourniture.

La Cour a, dans son ensemble, maintenu le jugement attaqué.

Faisant état de l'affirmation de l'expert que le dentier a été bien exécuté, sauf pour certains détails susceptibles d'être corrigés, la Cour a posé en principe « qu'un résultat tout à fait satisfaisant dépend, en pareil cas, d'essais et de retouches, pour lesquels *un bon vouloir réciproque est nécessaire.* » La Cour a donné 4 mois à l'artiste pour faire ses rectifications, et elle a condamné Mme Z...

à se soumettre bénévolément à celles-ci dans le délai imparti, faute de quoi elle devra prendre l'appareil en quelque état défectueux qu'il se trouve encore. La Cour a, d'autre part, maintenu la réduction de 200 fr. sur le prix du dentier commandé depuis bientôt trois ans.

Mme Z... va pouvoir retourner égayer son séjour à la mer par des visites chez son dentiste. Souhaitons-lui pourtant plein succès avant la fin des quatre mois, et faisons des vœux pour que les succions en caoutchouc ne soient pas la cause de la perforation de son palais.

Plaidant : Mes Métayer et Bennetot, avocats (du barreau de Rouen).

(*Le Havre-Eclair*, 2 juillet 1915.)

POURSUITES CONTRE UN DENTISTE

La chambre d'accusation a statué sur la poursuite pénale dirigée contre le dentiste X... de La Chaux-de-Fonds, qui s'était rendu coupable d'une tentative d'escroquerie en simulant le cambriolage de son cabinet dentaire.

X... était en observation à Prétargier depuis le mois de février. Les deux rapports de l'expert concluent à ce que, au moment du délit, X... traversait une période aiguë d'aliénation mentale. Il a accompli son acte sous l'influence d'une dissociation mentale, qui l'empêchait d'en calculer la portée. Il était donc en état d'irresponsabilité intellectuelle au sens de l'article 70 du Code pénal.

D'autre part, l'état mental du prévenu s'étant sensiblement amélioré ces derniers mois, un internement d'office ne se légitimait plus.

L'internement ne deviendrait nécessaire que si, contrairement aux provisions de l'expert, X... manifestait à nouveau des signes d'exaltation quelconque.

Se basant sur ces conclusions de l'expert, la chambre d'accusation a décidé de clôturer cette enquête par un arrêt de non-lieu pur et simple, mais en mettant les frais qui se montent à quatre cent trente-cinq francs, à la charge du dentiste.

(*La Tribune de Genève*, 14 mai 1914.)

CONCURRENCE DÉLOYALE

La troisième Chambre du tribunal a rendu son arrêt dans un procès intéressant au plus haut point l'art dentaire.

M. C. M..., chirurgien-dentiste du quartier de l'Etoile, avait comme collaborateur, en qualité d'opérateur, M. A. D... Ce dernier, ayant trouvé bon de rompre son contrat, s'était établi à proximité du cabinet dentaire de M. C. M...

Me Justal, pour M. C. M..., a obtenu du tribunal les condamnations suivantes contre l'ex-opérateur M. A. D... :

2.000 francs de dommages-intérêts pour rupture abusive des conventions ; 8.000 francs de dommages-intérêts pour l'ouverture d'un cabinet dentaire ; la fermeture dudit cabinet a été ordonnée sous peine d'une astreinte de 50 francs par jour.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous avons le plaisir d'apprendre les citations suivantes :

RENHOLD (Michel), professeur suppléant à l'Ecole dentaire de Paris.

1re Citation.

« Depuis le début de la mobilisation, a été pour son chef de service, grâce à ses qualités professionnelles remarquables, grâce à un zèle, un dévouement et une bonne volonté inlassables, un précieux et utile collaborateur ».

Ordre du régiment du 14 mai 1915. — Croix de guerre.

2e Citation

« Est resté avec son bataillon dans un centre de résistance violemment attaqué, s'est prodigué du 25 février au 4 mars 1916, jour et nuit, soignant les blessés sous un bombardement violent et continuel ; grâce à son dévouement, de nombreux blessés ont pu être sauvés et conservés à la Patrie ».

Ordre de l'armée du 13 mars 1916. — Médaille militaire, Croix de guerre avec palme (déjà cité).

URBIN (Elie), dentiste militaire.

« A rempli avec zèle et dévouement les fonctions de medecin-auxiliaire au poste de secours régimentaire du 11 juin au 20 juin 1916. A contribué, par son initiative, à l'évacuation rapide des blessés et n'hésitait pas sous les rafales d'artillerie à leur prodiguer ses soins ».

Ordre de la division du 22 juin 1916. — Croix de guerre.

COTTAREL (Anthelme), ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris et démonstrateur à cette école, dentiste militaire du groupe de brancardiers de la ...e division, est cité à l'ordre de la division pour le motif suivant :

« D'une énergie et d'un entrain remarquables, a conduit ses équipes sous une rafale de mitraille et a été blessé, continuant à stimuler ses hommes, le 30 juillet 1916 ».

Ordre de la division no 174. — Croix de guerre.

COTTAREL (Nizier), dentiste militaire du groupe de brancar-

diers divisionnaires, est cité à l'ordre de la ...e division pour le motif suivant :

« Au front depuis le début, d'un zèle et d'un dévouement in-
» lassables, d'une bravoure à toute épreuve, s'est particulièrement
» distingué dans les nuits des 6, 7 et 8 août en dirigeant la relève
» des blessés sous des feux de barrage intensifs ». (24 août 1916).

Ordre n° 179. — Croix de guerre.

LAMORÉ (Gaston), chirurgien-dentiste.

« Excellent soldat, d'un courage et d'un sang-froid remarquables, ayant un réel mépris du danger. Très grièvement blessé le 25 mai 1915, à ..., amputé du bras gauche ».

Médaille militaire et Croix de guerre avec palme.

LAMORÉ (Henri), étudiant en chirurgie dentaire à Bordeaux (frère du précédent).

« Soldat dévoué et courageux, qui a toujours fait preuve d'un zèle inlassable. A, dans la période du 28 mai au 8 juin 1916, réparé sous un violent bombardement de jour et de nuit les lignes téléphoniques constamment coupées ».

Ordre de la division. — Croix de guerre.

LAMORÉ (René), étudiant en chirurgie dentaire à Bordeaux (également frère du précédent), caporal infirmier.

« Gradé plein de sang-froid et de courage. Au régiment depuis le début de la campagne, a toujours fait preuve d'un dévouement inlassable et en particulier, lors des journées du 3 au 13 mai, a assuré le transport du matériel du poste de secours sous des tirs de barrage des plus violents ».

Ordre du régiment. — Croix de guerre.

NÉCROLOGIE

Georges Blocman.

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort, à l'âge de 59 ans, de notre confrère M. Georges-Henri Blocman, survenue le 6 septembre 1916.

Diplômé de l'Ecole dentaire de Paris en 1882, chirurgien dentiste, puis médecin de la Faculté de Paris, Georges Blocman entra dans le corps enseignant de l'Ecole, passa par tous les degrés de la hiérarchie et était professeur honoraire depuis quelques années. Il avait reçu la médaille d'argent des professeurs.

Membre bienfaiteur de l'Ecole dentaire de Paris, il avait prêté son concours à nos sociétés — Ecole et Association — Société d'Odontologie — où il avait été tour à tour membre du Conseil d'administration, secrétaire général, vice-président, président.

Il avait pris une part active à l'organisation des Congrès dentaires internationaux de 1889 et de 1900 et avait été membre du Comité de rédaction de *l'Odontologie.*

D'un caractère ouvert et d'une humeur aimable, Georges Blocman ne comptait que des amis dans la profession.

Ses obsèques ont eu lieu à Neuilly-sur-Seine le samedi 9 septembre. De nombreux confrères y assistaient. L'Ecole et l'Association, qui avaient envoyé des couronnes, étaient représentées par MM. Godon, Blatter et Martinier et les membres du Conseil présents à Paris.

Georges Blocman laisse une veuve, plusieurs fils, filles et gendres, auxquels nous adressons nos sincères condoléances et l'expression émue de notre vive sympathie.

André Huguet.

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort, à l'âge de 26 ans, de notre confrère André Huguet, fils de M. Jacques Huguet, chef du laboratoire de prothèse de l'Ecole dentaire de Paris.

Notre jeune confrère, décédé le 9 août, a été inhumé au cimetière des Batignolles le 12 août.

Nous adressons à sa famille l'expression de nos condoléances avec l'assurance de notre sympathie.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 68 ans, de M. Adolphe Billoret, père de notre confrère M. Marcel Billoret, décédé à Paris le 6 août dernier.



Nous apprenons la mort, à l'âge de 61 ans, de M. Jean Remy Cazenave, père de notre confrère, M. Louis Cazenave, chirurgien-dentiste à Mont-de-Marsan, dentiste militaire aux armées.

Nous adressons à nos confrères nos sincères condoléances.

NOUVELLES

Légion d'honneur.

Nous avons le plaisir d'apprendre la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. Grégoire, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, et de M. Blot, médecin-major, chef de l'hôpital temporaire nº 7, à Amiens, dont nos confrères n'ont pas oublié les articles publiés dans l'*Odontologie*.

Nous adressons à MM. Grégoire et Blot nos vives félicitations.

Congrès des dentistes Canadiens.

M. J. d'Argent, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, directeur administratif de cette Ecole et vice-président de la Société de l'Ecole et du Dispensaire dentaires de Paris, a été chargé de représenter la Fédération dentaire nationale au Congrès biennal des dentistes canadiens, qui a eu lieu en septembre.

M. d'Argent était également chargé d'une mission officielle à ce Congrès par le sous-secrétaire de l'Etat du Service de santé de la Guerre.

Université de Paris. Faculté de Médecine.

Année scolaire 1916-1917.

DIPLOME DE CHIRURGIEN-DENTISTE.

EXAMENS

Session d'octobre-novembre 1916.

I. — NOUVEAU RÉGIME (Décret du 11 janvier 1909).

1° *Examen de validation de stage dentaire.*

Une session d'examens de validation de stage dentaire s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le 16 octobre 1916.

Consignations. — Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté les lundi et mardi 3 octobre 1916, de midi à trois heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 4 novembre 1909, soit 25 francs.

2° — 1er, 2e et 3e *examens de fin d'année.*

Une session pour les 1er, 2e et 3e (1re partie) examens de fin d'année qui déterminent la collation du titre de chirurgien-dentiste, s'ouvrira à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, le 16 octobre 1916.

Le régistre des consignations sera ouvert au Secrétariat de ladite Faculté les lundi 2 et mardi 3 octobre 1916, de midi à trois heures, en faveur des titulaires de quatre, huit et douze inscriptions.

Les consignations pour la 2e partie du 3e examen seront reçues les 23 et 24 octobre 1916 ; les examens auront lieu à partir du 6 novembre.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 4 novembre 1909 (40 francs pour le 1er examen, 30 francs pour le 2e et chaque partie du 3e examen : 20 francs ponr chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat d'aptitude et de diplôme, selon le cas.

II. — ANCIEN RÉGIME D'ÉTUDES (Décret du 25 juillet 1893).

Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le 16 octobre 1916.

Les consignations seront reçues au Secrétariat de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris, les 2 et 3 octobre 1916.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 28 février 1907 (40 francs pour le 1er examen, 30 francs pour les 2e et 3e examens, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement, aux candidats ajournés, des droits de certificat et de diplôme, selon le cas.

N. B. — Pour renseignements et pièces à produire en vue des examens, s'adresser au Secrétariat de la Faculté (guichet nº 1) tous les jours, de midi à 3 heures.

Le Doyen de la Faculté:
L. LANDOUZY.

36e ANNÉE. N° 10 30 OCTOBRE 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

TRAVAUX ORIGINAUX

COMMENT CICATRISER LES FRACTURES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE DANS LES TRAUMATISMES DE GUERRE [1]

par PIERRE SEBILEAU,
Chirurgien des hôpitaux,
Membre de l'Académie de médecine.

(Résumé [1] d'une conférence à la Société d'Odontologie, séance du 28 mai 1916.)

Par leur englobement assez fréquent dans d'effroyables mutilations de la face, d'une part ; par la complexité de leurs lésions osseuses et la manière dont elles se combinent avec des altérations de l'appareil musculo-tégumentaire, d'autre part, les fractures balistiques de la mâchoire inférieure semblent échapper :

a) A toute individualisation.

b) A toute classification.

Il n'en est rien, car :

a) Elles obéissent toutes à une *loi commune* de réparation anatomique et fonctionnelle — et cela les individualise.

b) Dans l'obéissance à cette loi commune, elles offrent des variétés parfaitement définies — et cela permet de les classer. L'étude suivante le démontrera.

A. LÉSIONS CARACTÉRISTIQUES DES FRACTURES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE

Ce sont (car il faut négliger ici quelques fractures fermées et quelques fractures marginales) :

1. Nous ne pouvons donner qu'un résumé de cette conférence.

a) L'état comminutif.

b) La large participation de l'appareil de recouvrement au traumatisme.

Qu'est-ce que l'état comminutif ?

C'est, pour le présent et l'avenir :

a) La perte de substance.

b) Le manque à réparer.

c) Le trou à combler.

Qu'est-ce que la participation de l'appareil de recouvrement ?

C'est la communication ordinairement large de la fracture avec l'extérieur par : *a)* la peau ; *b)* la muqueuse. C'est la fracture béante à l'extérieur et balayée par l'air, béante à l'intérieur et balayée par la salive.

Il sera dit plus loin quels types cliniques sont créés par les lccalisations régionales du traumatisme de l'os et de l'appareil de recouvrement, mais tout de suite il faut mettre en lumière ceci :

Les parties molles et le squelette ayant participé au même traumatisme, participent :

a) Au même travail de nettoyage et de défense (suppuration, élimination des produits de sphacèle).

b) Au même travail de réparation, et ce travail les enveloppe dans une *formation cicatricielle commune,* fait de la plus haute importance.

B. Evolution cicatricielle des fractures balistiques de la machoire inférieure.

1) En ce qui concerne l'os.

Du fait qu'elles sont comminutives, les fractures de la mâchoire inférieure perdent des esquilles ; du fait qu'elles sont ouvertes, elles s'infectent ; du fait qu'elles s'infectent et suppurent, elles se nécrosent et forment des séquestres ; du fait qu'elles s'infectent et se nécrosent, elles échappent à la loi de la cicatrisation normale des fractures, tendent à se

réparer par du tissu fibreux et à former de l'os nouveau en quantité insuffisante.

2) En ce qui concerne les parties molles.

Du fait qu'elles sont frappées de gangrène, les parties molles laissent à découvert de larges champs anatomiques que seule pourra recouvrir une ample végétation de bourgeons charnus, générateurs de formations cicatricielles rétractiles et adhérentes.

Voyons donc :

a) Comment se forme le cal et quels sont ses caractères.

b) Comment se réparent les parties molles et quels sont les caractères de leurs formations adhérentes.

1° *La formation du cal.* — Elle traverse trois périodes :

a) Phase d'élimination des escarres. Les moignons de l'os sont flottants et réductibles.

b) Phase de réaction défensive et de préparation du travail de réparation. Les forces mécaniques et l'action musculaire entraînent et tendent à fixer les moignons dans des positions vicieuses.

c) Phase d'organisation et de fibrosité. Les moignons prennent leurs rapports définitifs. Ils se placent en position irréductible où les maintient la formation cicatricielle.

Fait important : *c'est souvent après une période très courte* que les fractures mandibulaires deviennent irréductibles.

Cependant, ce qui caractérise essentiellement l'évolution cicatricielle des fractures balistiques de la mâchoire inférieure, c'est :

1) La lenteur et l'insuffisance de la pénétration du cal par la formation osseuse, d'où résulte souvent :

2) La pseudarthrose.

La pseudarthrose est l'interposition, entre les deux moignons osseux, d'une pièce d'union insuffisante à établir entre eux deux une *continuité anatomique et fonctionnelle* équivalente à la continuité normale.

Ses variétés sont innombrables. Elles dépendent :

a) De sa longueur : 1) pseud. proche et courte ;
2) pseud. lointaine et longue ;

b) De sa solidité : 1) pseudarth. forte et serrée ;
2) pseudarth. faible et lâche ;
3) pseudarth. flottante.

c) De son épaisseur : 1) pseud. mince.
2) pseud. épaisse.

d) De sa forme : 1) brides ; 2) rubans ; 3) bandes ; 4) trousseaux ; 5) blocs.

e) De sa nature : 1) pseud. fibreuse ;
2) pseud. ostéo-fibreuse.

On pourrait allonger les articles de cette classification.

En général, un caractère en commande un autre : ainsi une pseudarthrose proche est, en même temps, courte, épaisse, serrée et forte ; mais cela comporte de très nombreuses exceptions. C'est ainsi qu'on voit :

a) Des moignons d'une fracture non ou peu comminutive demeurer toujours mobiles.

b) Des moignons éloignés d'une fracture très comminutive se réunir par un cal solide.

Il est donc faux de dire que toute fracture mandibulaire comminutive, comportant un certain éloignement des fragments, se termine par une pseudarthrose nécessairement mobile. Au contraire, cette pseudarthrose peut être très solide. Trois éléments fondamentaux commandent cette solidité :

a) La non extraction prématurée des esquilles.

b) L'immobilisation immédiate ou très rapide.

c) L'immobilisation en bonne articulation dentaire.

En règle générale, la fraction *fortement* et *anatomiquement* contenue tend à se consolider *fortement* et *anatomiquement.*

Il faut tout faire contre la pseudarthrose, car en elle se résume la gravité mutilante des fractures balistiques mandibulaires ; sans continuité mandibulaire, il n'y a pas de mastication possible.

2° *La réparation des parties molles.* — Elle traverse les mêmes phases que la réparation de l'os : mortification,

suppuration, élimination d'escarres, formation de bourgeons charnus, formation cicatricielle.

Le même processus englobe l'os et les parties molles : d'où *fusion plus ou moins complète entre le cal et la cicatrice des parties molles*. De là, l'existence de formations osseuses jusque dans l'épaisseur du plancher buccal ; de là encore, les adhérences des lèvres, de la joue, de la langue, du plancher. Ainsi se constituent de nombreux troubles anatomiques et fonctionnels : entropion ou ectropion de la lèvre, déviation commissurale, disparition du cul-de-sac gingivo-labial et gingivo-jugal, rétrécissement de l'orifice buccal, immobilisation de la lèvre, enfoncement jugal, coincement de la langue.

Ces adhérences revêtent des formes multiples : plaques, brides, rubans, cordons, etc.

C. Topographie des fractures balistiques de la machoire inférieure.

Ces fractures portent sur :

a) Le front mandibulaire.

b) Le flanc mandibulaire, où elles peuvent atteindre : 1° la branche horizontale ; 2° l'angle ; 3° la branche montante.

A chaque variété régionale de fracture mandibulaire correspond une variété régionale de lésions des parties molles :

a) Aux fractures du front mandibulaire correspondent :

1° Les lésions cutanées des lèvres, du menton, du sous-menton.

2° Les lésions muqueuses du plancher buccal.

b) Aux fractures de la branche horizontale correspondent :

1° Les lésions cutanées commissurales, rétro-commissurales, jugales et cervicales hautes.

2° Les lésions muqueuses du sous-sol de la cavité buccale (gouttière linguo-mandibulaire).

c) Aux fractures de l'angle correspondent :

1° Les lésions cutanées de la région sous-angulo-maxillaire.

2° Les lésions muqueuses du pilier antérieur, du voile palatin, de l'oro-pharynx, de l'arrière-langue.

d) Aux fractures de la branche montante correspondent :

1° Les lésions cutanées de la région parotido-massétérine.

2° Les lésions muqueuses de l'arrière-bouche, du voile, du pharynx.

Il convient de faire remarquer :

a) Le caractère un peu schématique de cette classification.

b) Le passage des lésions d'une région sur l'autre.

c) La combinaison de ces lésions dans les énormes dévastations de l'infrastructure de la face, lesquelles ne sont pas rares.

D. Conséquences de l'évolution cicatricielle des fractures mandibulaires balistiques.

1° Conséquences de la formation du cal en lui-même.

a) *Le défaut d'engrènement.* Il est très rare que la consolidation se fasse spontanément en bonne articulation dentaire. Il y a presque toujours défaut de correspondance. Celui-ci provient :

a) De l'état comminutif, le fragment le plus mobile tendant à venir combler la perte de substance.

b) De la topographie que le traumatisme a imposée aux fragments.

c) Du coinçage entre les fragments, de dents, d'esquilles, de projectiles.

d) De l'action musculaire qui, nulle au début, s'affirme de plus en plus.

e) Du pouvoir rétractile de l'organisation fibreuse du cal et des parties molles.

Tout cela produit sur les moignons osseux : chevauchement, glissement, torsion, renversement, abaissement, élévation, adduction, abduction, etc.

Trois faits dominent l'histoire anatomique du déplacement des moignons mandibulaires :

L'un fondamental : c'est l'entraînement vers le côté blessé ;

Les deux autres secondaires qui sont :

La fixité relative du fragment postérieur, engainé dans sa double attelle musculaire, fixité qu'il faut opposer à la docilité de la parabole qui est sans soutien ;

La tendance du fragment postérieur à se porter en haut (attiré par les élévateurs) et en dedans (entraîné par le ptérygoïdien externe) et la tendance du fragment antérieur à s'abaisser et à s'enrouler (mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien).

b. La béance des arcades. Ordinairement consécutive à l'élévation du fragment postérieur dont les dents viennent rencontrer les dents supérieures et s'opposent à l'occlusion.

c. Les déviations coronaires. En dehors des dents fracassées, ébranlées, et des dents qui meurent, il y a des dents qui subissent, au cours de la cicatrisation, des anté, des latéro, des rétroversions buccales ou vestibulaires.

d. L'effacement angulo-mandibulaire, produisant l'aplatissement de la joue, le nivellement de la face avec le cou.

2° Conséquences de la cicatrisation des parties molles.

De même que la formation du cal tient sous sa dépendance un certain nombre de malformations cicatricielles, de même la réparation des parties molles engendre un certain nombre de troubles anatomiques et fonctionnels. Ce sont :

a) Les fissures permanentes des parois buccales, lesquelles peuvent porter :

1° sur la lèvre.

2° sur la région commissurale.

b) Les déviations labiales et commissurales.

c) Le rétrécissement de l'orifice buccal.

d) La constriction des mâchoires. Elle est, en règle générale, beaucoup moins fréquente dans les traumatismes de la mâchoire inférieure que dans les traumatismes de la région malo-mandibulaire supérieure. Dans ce dernier cas elle est, avant tout, d'origine musculaire (dynamique). Dans le premier, au contraire, elle est ordinairement d'origine

cicatricielle (anatomique). Son rôle est considérable. Au cours du traitement, il faut tout faire pour la prévenir.

e) La mastication des ruminants.

La cavité glénoïde a trois fois la capacité nécessaire à recevoir le condyle ; nous avons donc une véritable réserve articulaire. Toute la partie de cette cavité située en arrrière de la scissure de Glasser peut devenir articulaire, comme chez le vieillard. A l'état normal, il est au pouvoir de chacun de nous de modifier, de troubler momentanément son articulation dentaire. Cette réserve articulaire et cette faculté de modifier volontairement l'articulation dentaire jouent un rôle de quelque importance dans les suites anatomiques et fonctionnelles des fractures mandibulaires.

Combinée à ce qu'on appelle la migration physiologique des dents, la réserve articulaire contribue au rétablissement spontané, progressif, de certaines articulations dentaires vicieuses et à l'adaptation, en dehors de la volonté, de positions anatomiques défectueuses pour la fonction masticatoire.

D'autre part, la faculté de modifier volontairement l'articulation dentaire permet à certains blessés de corriger par la volonté un entraînement latéral peu marqué et de mastiquer d'une manière quasi normale selon le mode des bovidés.

f. La subluxation physiologique temporo-maxillaire.

On sait que certaines personnes présentent une prédisposition spéciale à la luxation temporo-maxillaire (luxation récidivante). Certaines présentent même une subluxation physiologique permanente au cours de la mastication (affection peu connue dont j'ai observé plusieurs cas). Or, on observe assez fréquemment cette subluxation comme suite des fractures balistiques de la mâchoire inférieure. Elle siège du côté sain. On sait que la formation du cal entraîne presque toujours une déviation mandibulaire du côté blessé. Cette déviation s'accentue considérablement dans le mouvement d'abaissement. Elle va souvent jusqu'à produire, dans l'obéissante articulation temporo-maxillaire, la subluxation du côté sain, chaque fois que se produit l'effort d'abaissement.

Cette subluxation peut également se manifester du côté blessé comme suite à la dilatation forcée progresssive de la constriction mandibulaire. Les lésions de rétraction et de cicatrice cèdent difficilement à l'effort de l'opérateur ; l'articulation temporo-maxillaire se subluxe. Il ne faut jamais pratiquer la dilatation par action unilatérale ; il est important d'agir des deux côtés en même temps.

3° Conséquences combinées de la formation du cal et de la cicatrisation des parties molles.

Ce sont des *troubles cosmétiques du visage* dépendant :

a) D'une part, de l'effacement ou du raccourcissement de la mandibule dont l'angle, saillant entre la face et le cou, et l'arc, formant le contour inférieur du visage, jouent un si grand rôle dans le cosmétique du visage.

b) D'autre part des cicatrices vicieuses des parties molles.

Ainsi se constituent un certain nombre de troubles cosmétiques, qu'on peut schématiquement grouper en quelques types, dont chacun répond à un traumatisme régional déterminé.

(Ici le conférencier fait passer sous les yeux de nombreuses photographies représentant les défigurations qu'il décrit : mâchoire de serpent, bouche de carpe, tête de mouton, menton de galoche, double menton, la bouche du chantre de village, etc., etc.)

E. Traitement des fractures balistiques de la machoire inférieure.

On peut donc dire de presque toutes les fractures de la mâchoire inférieure par blessures de guerre :

a) Qu'elles mutilent et dégradent le visage.

b) Qu'elles troublent la fonction masticatoire.

Leur traitement comporte, si je puis dire, une action biologique et mécanique. Il comporte et nécessite l'intervention combinée du chirurgien et du prothésiste.

Le prothésiste n'a pas qualité pour diriger, orienter, corriger la cicatrisation des parties molles ; il n'a pas qualité pour suivre et traiter l'ensemble des complications vascu-

laires infectieuses qui se manifestent au cours de l'évolution de ces fractures.

Le chirurgien, de son côté, n'a ni l'éducation mécanique ni les moyens techniques pour assurer la réduction et la contention des fractures mandibulaires, car la prothèse bucco-dentaire seule peut réaliser cette contention ; aucun bandage, aucune suture chirurgicale n'en sont capables.

Je ne puis entrer ici dans le détail de tous les soins que comporte cette double thérapeutique combinée ; mais ce qu'il convient de mettre en lumière c'est :

1° La nécessité de réduire et de contenir *au plus vite* la fracture et de l'obliger par l'immobilisation surveillée des fragments en *position anatomique*, à une consolidation en articulation dentaire normale. Quand on pense qu'il s'est trouvé des chirurgiens pour suturer l'un à l'autre les moignons d'une mâchoire à laquelle il manquait plusieurs centimètres !!

2° La nécessité, lorsque la contention n'a pu se faire assez tôt, de ramener les moignons osseux au regard l'un de l'autre dans la correspondance dentaire par l'action lente, progressive, méthodique des appareils de redressement.

Mais il arrive :

1° D'une part, que des fractures non ou mal traitées, ou encore des fractures rendues particulièrement difficiles par certaines contingences se placent en position défectueuse irréductible.

2° Que des fractures cicatrisées en bonne position restent mobiles, c'est-à-dire en état de pseudarthrose.

Aux premières, il convient d'appliquer le traitement par l'ostéotomie méthodique suivie de la contention par appareil de prothèse.

Pour les secondes s'agite la question de la greffe, de l'ostéo-synthèse.

Le conférencier décrit minutieusement la première de ces opérations, et présente une douzaine de malades qui l'ont subie.

Il pose ensuite les principes généraux de la seconde opération qui fera l'objet d'une conférence prochaine.

LA FORCE INTERMAXILLAIRE DANS LA RÉDUCTON DES FRACTURES

Appareil à double action réductrice et contentrice avec ailette mobile.

Par MM.

MAURICE ROY, PAUL MARTINIER,

Président et chef du service clinique Chef du service technique
du Comité de Secours aux blessés des maxillaires et de la face.

C'est à Claude Martin qu'est due l'idée de réduire les déviations des fragments mandibulaires au moyen d'un point d'appui fixe. Pour cela il prenait point d'appui sur la tête au moyen d'un appareil composé des pièces suivantes[1] :

« 1° Une gouttière métallique entourant toutes les dents du segment restant du maxillaire dévié. Dans la région incisive est soudée une tige courbée en demi-cercle pour faciliter les mouvements de la lèvre inférieure. Cette tige porte un crochet à son extrémité ;

» 2° Une bande métallique entoure la tête comme une couronne. Sur cette couronne est fixée, du côté opposé à la partie réséquée du maxillaire, au niveau de la région temporale, une seconde tige métallique se prolongeant tout le long de la branche montante, et descendant au niveau de la bouche ; elle porte un anneau à son extrémité ;

» 3° Un fil de caoutchouc, tendu entre l'anneau de la tige temporale et le crochet de la tige buccale, attire en dehors le segment dévié. Frey, avec un appareil semblable, a publié d'excellents résultats. »

Delair a composé un appareil analogue dans lequel la

---

1. CLAUDE MARTIN. Traité de prothèse immédiate. Paris 1889, p. 205. P. MARTINIER et GEORGES LEMERLE. Prothèse restauratrice bucco-faciale, Paris, J.-B. Baillière 1915, p. 36.

traction en caoutchouc était remplacée par un ressort en acier[1]. Ce moyen de réduction, que nous avons autrefois employé avec succès, est passible d'un certain nombre de critiques, car ces appareils sont pénibles à porter et assez compliqués à exécuter ; mais en outre, comme nous avons pu nous en rendre compte au cours de l'expérience que la guerre actuelle nous a permis d'acquérir, les résultats sont assez inconstants.

En effet, si le fragment à réduire est un peu trop résistant, ce n'est pas celui-ci qui se déplace, mais le casque qui tourne autour de la tête rendant l'appareil buccal sans action ou à peu près.

Néanmoins, la traction élastique continue au moyen d'un point d'appui fixe est un précieux procédé de réduction des fragments de la mâchoire lorsque ceux-ci sont déviés latéralement en dedans, ou lorsque la mâchoire, dans sa totalité, se trouve déviée du côté fracturé comme dans les fractures de la branche montante. Nous avons employé couramment ce procédé au Comité de Secours aux blessés des maxillaires, mais au lieu des appareils bucco-externes employés par Claude Martin et Delair, nous avons utilisé la force inter-maxillaire qui avait été employée d'une façon très judicieuse par Georges Lemerle il y a quelques années dans un cas de réduction du maxillaire inférieur[2] et dont le principe est emprunté à un procédé d'usage courant en orthodontie sous le nom d'*ancrage inter-maxillaire*.

On prend. dans ce cas, point d'appui sur la mâchoire supérieure pour ramener en bonne position la mâchoire inférieure ou l'un de ses fragments et les appareils employés sont entièrement intra-buccaux.

On sait que, pour faire l'ancrage inter-maxillaire en orthodontie, on fixe d'abord sur les premières grosses molaires

---

1. Delair. Présentation d'un appareil redresseur du maxillaire (*L'Odontologie* 28 fév. 1906, p. 357).
2. Georges Lemerle. Appareil réducteur après résection du maxillaire inférieur. (*Le Laboratoire*, 26 janv. 1908 et *Société d'Odontologie*, juin 1906).

supérieures et inférieures des bagues pourvues d'un tube vestibulaire horizontal, puis on place un arc métallique en fil rigide qui, glissant dans ces tubes, contourne toute l'arcade dentaire et peut être attaché sur toutes les dents au moyen de ligatures en fil de laiton mince. Des anneaux de caoutchouc, fixés à la fois à l'arc supérieur et à l'arc inférieur au moyen de petits crochets *ad hoc*, permettent ainsi d'exercer une traction continue dans le sens approprié au cas soit sur certaines dents, si une partie de celles-ci seulement a été ligaturée, soit sur toute la mâchoire si les arcs sont attachés à toutes les dents supérieures et inférieures.

Dans la réduction des fractures de la mâchoire on peut employer la force inter-maxillaire au moyen du même dispositif, mais il exige la présence d'un assez grand nombre de dents solides et des manœuvres longues et pénibles dans la bouche, étant donné l'état des parties blessées; d'autre part il entraîne une fatigue relativement grande pour les dents ligaturées, l'effort portant exclusivement sur les dents et il n'est pas très commode aux blessés, souvent peu soigneux, de maintenir ce dispositif en parfait état de propreté. Tout ceci sans compter le peu de résistance des bagues de l'appareil, qui sont susceptibles de se rompre.

C'est pour ces diverses raisons que, d'une façon générale, pour l'application de la force inter-maxillaire chez nos blessés, nous avons abandonné l'emploi des bagues et des arcs d'Angle et que nous la pratiquons au moyen de gouttières ou d'attelles scellées sur les dents.

Pour cela on prend une empreinte des mâchoires supérieure et inférieure et l'on confectionne sur les modèles du haut et du bas des gouttières ou des attelles en argent coulé ; celles-ci doivent emboîter non seulement les dents, mais aussi une portion aussi étendue que possible des bords alvéolaires, en sorte que la force qui sera employée ne s'exercera pas seulement sur les dents, mais sur l'ensemble des fragments. A la face vestibulaire des gouttières on soude,

aux endroits où l'on devra attacher les anneaux de caoutchouc, une série de petits crochets dont on peut multiplier le nombre pour répondre aux indications qui pourront se présenter au cours de la réduction.

Les gouttières ainsi confectionnées sont alors scellées en bouche au moyen du ciment et l'on peut pratiquer les tractions inter-maxillaires de la même manière qu'avec les arcs et les bagues d'Angle, mais sans les inconvénients de ce dispositif. En effet ici il n'est pas nécessaire d'avoir un grand nombre de dents pour poser une gouttière, la présence de deux dents à la rigueur suffit ; les manœuvres d'application de l'appareil dans la bouche sont réduites au minimum ; l'effort exercé sur les dents est aussi réduit que possible puisque les tractions ne s'exercent plus uniquement sur les dents, mais en même temps sur une portion notable du bord alvéolaire du fragment ; enfin ce dispositif, qui est très solide, peut être sans difficulté maintenu dans un état parfait de propreté.

Nous avons dit que l'on peut employer des gouttières fermées ou des gouttières ouvertes sur la face triturante des dents ou attelles pour la force inter-maxillaire ; nous avons utilisé les unes et les autres. cependant, si les dents sont suffisamment longues et nombreuses pour assurer une bonne rétention de la gouttière, ce sont les gouttières ouvertes ou attelles que nous conseillons d'employer contrairement à ce que nous pratiquons pour la contraction, où nous employons presque exclusivement des gouttières fermées. Ici on va pratiquer une réduction progressive de la mâchoire ou de l'un de ses fragments et il est plus commode de contrôler le rétablissement de l'engrènement des dents avec les attelles ou gouttières ouvertes qu'avec les gouttières fermées. Néanmoins, dans le cas où les dents restantes sont peu nombreuses et courtes, la rétention des attelles est difficile et il est préférable de recourir alors à des gouttières fermées dont la rétention est bien supérieure à celle des gouttières ouvertes, qui se descellent toujours assez rapidement.

On pourra avec avantage sur les fragments petits et à dents peu résistantes employer les gouttières ou les attelles fendues dont la rétention est meilleure et l'enlèvement plus facile.

Lorsque la réduction a été obtenue, il convient de maintenir les parties réduites en bonne position ; les anneaux de caoutchouc ne répondent plus à cette indication qui sera assurée par des gouttières à ailette.

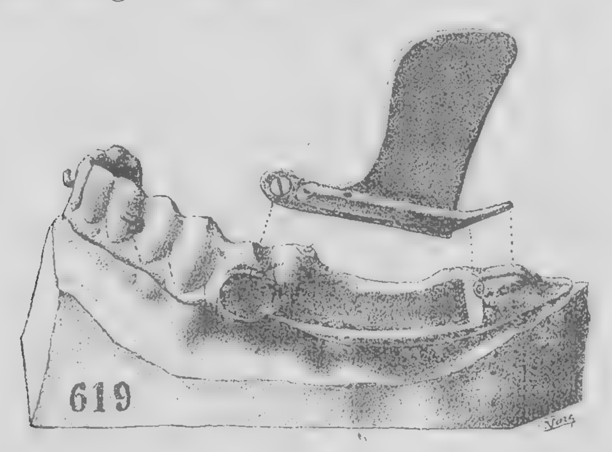


Fig. 1. — La gouttière placée sur la mâchoire inférieure montrant la gouttière et l'ailette mobile séparées et leur moyen de fixation : 1° en arrière, un petit tube horizontal soudé sur la gouttière répondant à une tige correspondante de l'ailette ; 2° en avant, une vis passant dans un trou taraudé de la gouttière.

Autrefois, losque la réduction était obtenue, nous enlevions les gouttières qui nous avaient servi à pratiquer la force inter-maxillaire et nous les remplacions par de nouvelles gouttières pourvues d'ailettes latérales du côté opposé à la fracture ; mais il résultait de cette substitution une grande perte de temps et la nécessité de faire deux appareils différents. Le blessé se trouvait ainsi sans aucun appareil dans la bouche durant le temps qui s'écoule entre l'enlèvement du premier et la pose du second, c'est-à-dire durant quelques jours. Pour remédier à ces inconvénients, nous avons imaginé, au *Comité de secours aux blessés des maxillaires*, d'employer pour la traction inter-maxillaire des gouttières portant en plus des crochets ci-dessus

indiqués, une ailette mobile destinée, après réduction, à assurer le maintien de la mâchoire en bonne position par *contention inter-maxillaire.*

Pour obtenir ce résultat, les empreintes étant prises et les modèles coulés, ceux-ci sont articulés en bonne occlusion, puis les gouttières sont confectionnées à la mâchoire

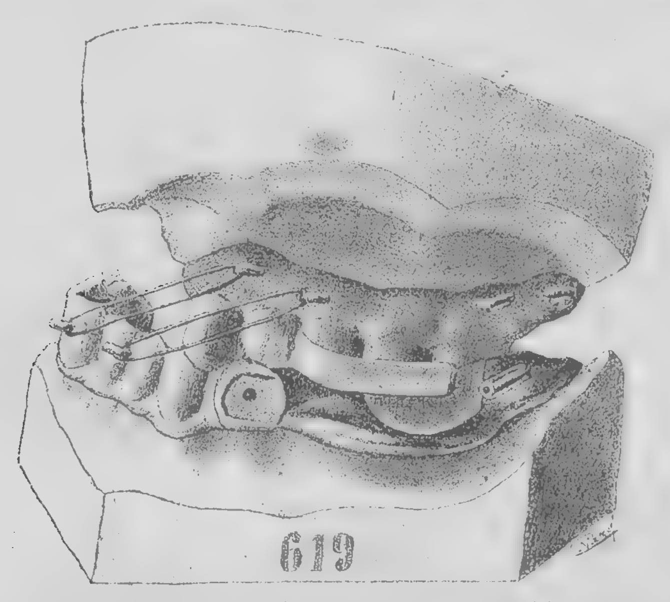


Fig. 2. — L'appareil en place pendant que s'exerce la réduction au moyen de la force inter-maxillaire ; l'ailette mobile est enlevée et l'on voit distinctement la gouttière supérieure et son ailette double dans laquelle viendra jouer l'ailette inférieure lorsque celle-ci sera placée.

supérieure et à la mâchoire inférieure, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, avec les petits crochets destinés à l'attache des anneaux de caoutchouc. On place en outre sur le côté de la gouttière inférieure opposé à la déviation une ailette amovible représentée sur les figures 1 et 3 et qui y est fixée en arrière au moyen d'une tige glissant dans un tube fixé à la gouttière et en avant à l'aide d'une vis pénétrant dans une cavité avec un trou taraudé qui lui est réservé (fig. 1).

Cette ailette, dont l'emplacement est déterminé par la position du fragment articulé en bonne position sur les modèles, glisse sur la face externe d'une ailette correspondante

fixée à la gouttière supérieure et pourvue d'un crochet large formant butoir pour empêcher tout glissement anormal en dedans et avant de l'ailette inférieure [1] (fig. 2 et 3).

L'appareil ainsi construit, l'ailette est enlevée et les gout-

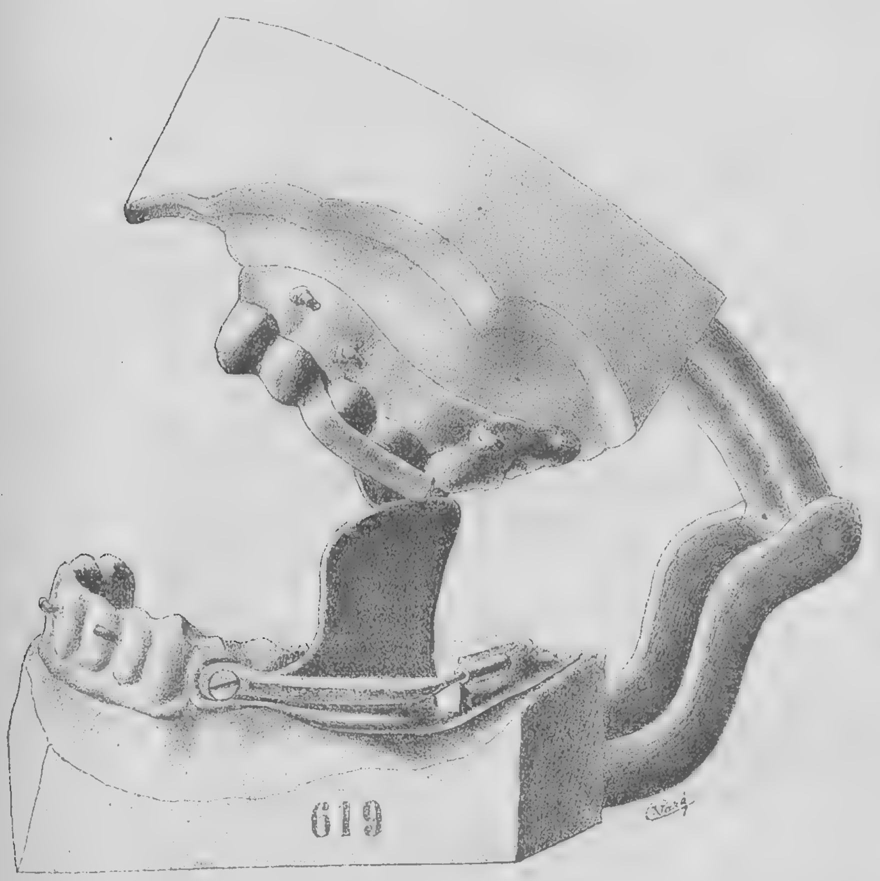


Fig. 3. — La réduction du fragment inférieur est obtenue, les caoutchoucs sont retirés ; sans desceller l'appareil, on place l'ailette inférieure qui glisse dans l'ailette double de la gouttière supérieure et maintient le fragment en bonne position.

tières scellées dans la bouche ; on pratique alors l'ancrage inter-maxillaire comme dans les cas ordinaires (fig. 2) ;

1. Nous avons également employé d'autres dispositifs de fixation de l'ailette, qui est maintenue : 1° par deux tiges verticales placées à la partie inférieure de l'ailette et glissant dans deux tubes fixés à la gouttière ; 2° par une vis placée un peu au-dessus des deux tiges se vissant dans un trou correspondant de la gouttière, mais ces variantes de fixation ne présentent qu'un intérêt relatif et ne modifient pas le principe de l'appareil représenté fig. 3.

lorsque la réduction est obtenue, on supprime la force intermaxillaire et, sans enlever les gouttières, on fixe immédiatement l'ailette mobile qui maintient sans un instant d'interruption la mâchoire en position normale. On peut alors, s'ils gênent, enlever facilement les petits crochets ayant servi à l'insertion des anneaux de caoutchouc.

Tel est l'appareil que nous employons depuis longtemps au Comité pour les réductions au moyen de la force intermaxillaire et les résultats obtenus ont toujours été très satisfaisants.

TRAITEMENT PHYSIOLOGIQUE DES FRACTURES ET DES LUXATIONS DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Par GEORGES VILLAIN,

Professeur à l'Ecole dentaire de Paris,
Chef du service technique du Dispensaire militaire 45.

(Communication à la Société d'odontologie de Paris, séance du 12 mars 1916 et à la réunion annuelle de l'Association dentaire britannique à Londres, le 16 juin 1916.)

(Suite.)

IV. — *Détermination des éléments cliniques nécessaires à la conduite du traitement physiologique.*

Etant donné que la thérapeutique préconisée est essentiellement basée sur l'action physiologique, au rétablissement de laquelle elle tend, il est indispensable d'établir nettement, pour chaque cas, les conditions physiologico-pathologiques en présence desquelles se trouve le thérapeute.

Les données générales que j'ai rappelées et exquissées au début de ce travail dans leurs grandes lignes (Voir mécanisme dentaire) doivent nous guider dans l'exposé du diagnostic comme dans la recherche des moyens thérapeutiques. Le prothésiste a besoin pour ce traitement d'une grande précision de diagnostic, énoncé en une formule qui indique à la fois le siège de la fracture et ses conséquences quant aux déviations.

Une classification basée sur la détermination du siège de la lésion osseuse par rapport aux insertions musculaires permettrait, en groupant les fractures, de réaliser et fixer une méthode de traitement propre à chaque espèce.

Au point de vue physiologique les fractures complètes de la mandibule peuvent être divisées en :

1° *Fracture inter-abaisseurs* lorsque la lésion crée une solution de continuité dans la portion osseuse comprise entre les points d'insertion postérieure gauche et droite des muscles abaisseurs (fig. 26 : I) ;

2° *Fracture pré-élévateurs* lorsque la solution de continuité est comprise entre les insertions des abaisseurs et celle des élévateurs (fig. 26 : II) ;

3° *Fracture inter-élévateurs inférieurs* si la solution de continuité est comprise dans la portion osseuse qui reçoit les insertions inférieures du masséter et du ptérigoïdien interne (angle mandibulaire) (fig. 26 : III) ;

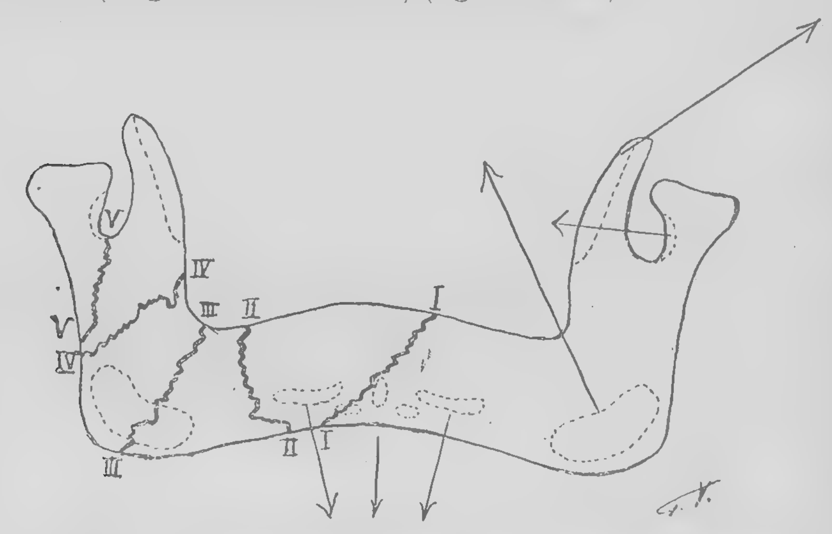


Fig. 26. — « Siège physiologique » des fractures mandibulaires.
I. Fracture inter-abaisseurs.
II. — pré-élévateurs.
III. — inter-élévateurs inférieurs.
IV. — — — supérieurs.
V. — post-élévateurs.

4° *Fracture inter-élévateurs supérieurs* si le trait de fracture sépare la portion osseuse recevant les insertions des muscles élévateurs inférieurs (masséter et ptérigoïdien interne) de celle recevant l'insertion de l'élévateur rétropulseur qu'est le temporal (fig. 26 : IV) ;

5° *Fracture post-élévateurs* lorsque la solution de continuité est postérieure à l'insertion des élévateurs (fig. 26 : V).

Chacune de ces fractures peut présenter 3 aspects différents :

A sans perte de substance ;

B avec perte de substance réparable par formation d'un cal ;

C avec perte de substance définitive (pseudarthrose).

La réduction d'une fracture peut être immédiate ou progressive à des degrés variables suivant le délai écoulé entre le traumatisme et le début du traitement ; mais ce qui doit principalement nous guider dans la rapidité de la réduction des fractures mandibulaires par projectile c'est l'étendue et la forme de la lésion (fracture comminutive, esquilleuse, séparation totale des fragments par perte absolue plus ou moins conséquente d'une portion de mandibule : tissu osseux et périoste), afin d'assurer ou de conserver aux éléments ostéogènes le plus de continuité possible, ces éléments devant être distendus sans être ni lésés ni séparés pour assurer la réparation de la perte de substance.

La direction et la forme du trait de fracture doit être exactement repéré et consigné, le déplacement des fragments étant en certains cas et dans une certaine mesure lié à la forme ou à la direction des surfaces d'opposition de ces fragments.

Si plusieurs traits existent sur une même mandibule, leurs sièges, leurs directions et leurs formes respectives seront envisagés séparément puis en rapport les uns avec les autres afin de combiner les méthodes de traitement physiologique propre à chacune de ces fractures.

Pour permettre le traitement physiologique, le diagnostic d'une fracture mandibulaire doit en conséquence comprendre les éléments suivants :

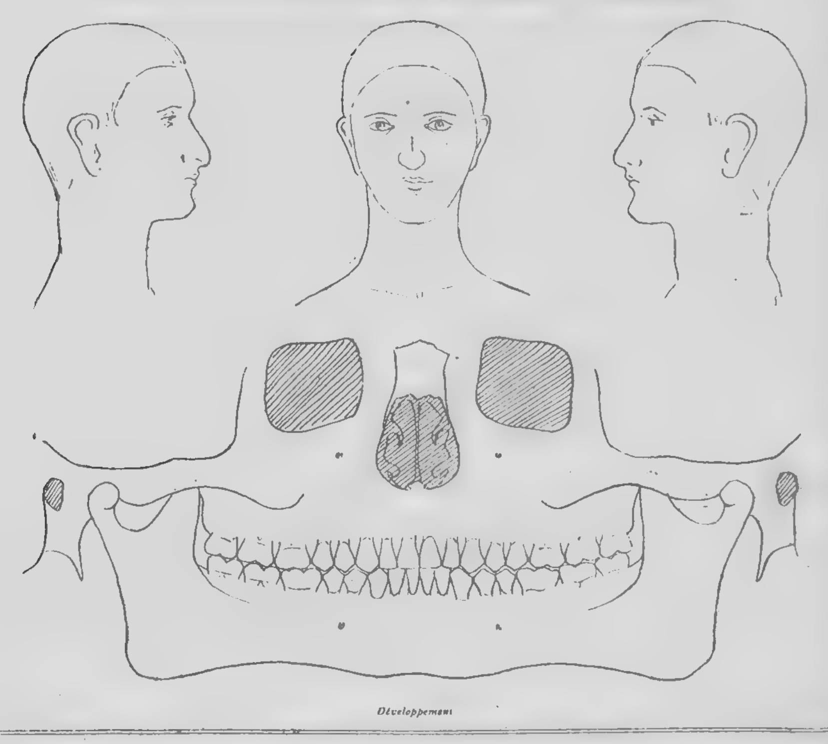
1° La détermination du « siège physiologique » de la ou des fractures (siège de la ou des lésions par rapport aux insertions musculaires) ;

2° La détermination de l'étendue et de la forme de la ou des lésions (direction et forme du ou des traits de fractures s'il n'y a pas perte de substance, l'étendue et la forme de la perte de substance, s'il y en a) ;

3° La détermination et le degré des déviations consécutives (ces déviations doivent être examinées et enregistrées, bouche fermée et bouche ouverte) ;

4° La détermination du nombre et du siège des dents restantes ;

5° La détermination du degré de réductibilité.



Renseignements :

Nom .... *Prénoms* .... *Classe*............ *Régiment* ....

Originaire de .... *Domicile civil* ....

Blessé le............ *à* ....

Formations sanitaires par lesquelles le blessé est passé avant son admission dans le service ....

....

....

Traitement antérieur à l'admission dans le service : ....

....

....

....

Admis dans le service le .... | *Radiographié le* ....

Observations diverses :............ | *Photographié le*............

.... | *Empreintes d'étude le*............

.... | *Mise en état de la bouche terminée le*............

.... | ....

Fig. 27. Fiche

Le diagnostic d'une fracture de la mandibule peut s'énoncer succinctement par son « siège physiologique », la forme et l'étendue de la lésion, les déviations n'étant que la conséquence de ceux-ci ; réciproquement, l'examen des dévia-

DÉVIATIONS

Plan sagittal droit

Plan frontal (vue interne)

Plan sagittal gauche

Coupe frontale

Plan horizontal

Rapports d'occlusion

Coupe sagittale

Rapports bouche ouverte

Observation clinique

Blessé par .... Trajet du projectile ....

Description de la lésion ....

Diagnostic ....

Traitement ....

d'observation clinique G. V.

tions peut en général suffir pour diagnostiquer avec précision le siège d'une fracture. Je préconise d'englober dans le diagnostic les cinq éléments précédents et de les représenter graphiquement sur une fiche d'observation clinique

afin de faciliter la recherche des moyens thérapeutiques mécaniques susceptibles de maintenir ou de rétablir l'intégrité des conditions physiologiques.

J'ai établi dans ce but la fiche d'observation clinique ci-contre (fig. 27) qui permet à la fois : 1° de schématiser les conditions dans lesquelles le blessé nous arrive en indiquant, avec le siège de la lésion, les déviations consécutives aux nouvelles conditions mécaniques créées par cette lésion ; 2° d'étudier et de comprendre le mécanisme de ces déviations.

Cette fiche présente en outre un avantage précieux pour la thérapeutique physiologique à savoir : permettre au thérapeute d'avoir toujours à sa disposition (sans la présence du blessé), pendant qu'il combine ou exécute les applications mécaniques destinées au traitement avec l'image exacte des conditions auxquelles il doit remédier, le mécanisme des causes qui les engendrent et contre lequel son action doit s'exercer.

Le dessin représenté sur les fiches indique les conditions normales, il est fait au trait rouge, les conditions anormales sont indiquées par le clinicien au trait noir, les fragments devant être dessinés en tenant compte de leur déplacement maximum [1].

J'ai donné à cette fiche la forme d'un dossier afin de permettre la centralisation des pièces et documents nécessaires au traitement du même cas, telles les photographies et les radiographies.

La partie réservée à la représentation graphique des déviations comprend, outre le schema du squelette : la situation des insertions musculaires qui permet de préciser le siège de la lésion et de comprendre et d'indiquer les causes de déviations dont la connaissance est indispensable pour le traitement physiologique.

Le traitement physiologique comprend en effet :

A. La réduction physiologique c'est-à-dire le rétablissement de l'équilibre dynamique qui s'obtient en plaçant les

---

1. Au cours de ce travail les clichés ne reproduisant que des traits noirs les conditions anormales seront indiquées graphiquement sur les fiches d'observation par un trait pointillé.

fragments aussitôt que possible dans les conditions cinématiques nécessaires à l'utilisation des forces musculaires subsistant chez le blessé ;

B. La contention qui doit fixer et maintenir les fragments dans un équilibre dynamique parfait en assurant à la mandibule les conditions cinématiques indispensables à son son action physiologique.

Les déviations pouvant se produire sur le plan horizontal (déviation disto-latérale, déviation mésio-latérale) ou par inclinaison par rapport à ce plan (déviation verticale par élévation, déviation verticale par abaissement); et les réductions horizontales ou verticales des fragments d'un même maxillaire pouvant se faire dans des délais variables : il est le plus souvent nécessaire d'opérer la réduction progressive en deux temps.

La réduction physiologique se divise alors ainsi :

a) Réduction verticale c'est-à-dire rétablissement du plan horizontal des surfaces articulaires (plan d'occlusion horizontal).

b)Maintien de l'équilibre dynamique vertical pendant que s'opèrent la ou les réductions horizontales ; on supprime ainsi le déplacement vertical d'un fragment par rapport à l'autre en obligeant les deux fragments à s'élever ou à s'abaisser simultanément dans la fermeture et l'ouverture buccale.

c) Réduction horizontale c'est-à-dire rétablissement de la forme de l'arc mandibulaire par rapport à l'arc antagoniste (plan d'occlusion vertical).

d) Maintien de l'équilibre dynamique horizontal pendant que s'opèrent la ou les réductions verticales ; on supprime ainsi le déplacement horizontal d'un fragment par rapport à l'autre dans les mouvements de propulsion, de rétropulsion ou de diduction de la mandibule.

Ce procédé assure le maximum de chances de consolidation, car, en immobilisant les fragments dans une direction, il empêche le frottement des surfaces de fragments qui s'affrontent et dont l'action est nuisible à la consolidation.

La réduction totale peut se faire suivant l'ordre a) b) c) d)

ou c) d) a) b) selon le siège, la forme ou le degré de réductibilité de la fracture, elle peut être immédiate et ne nécessiter que le maintien dans une des directions tandis qu'on devra opérer la réduction progressive dans l'autre, cette réduction se fera alors dans de bonnes conditions physiologiques. Dans une fracture inter-abaisseurs (médiane) avec perte de substance, par exemple, on procédera à la réduction verticale et au maintien immédiat du plan horizontal des fragments rétabli à l'aide de guides horizontaux, formés de plaques horizontales, glissant les unes sur les autres, l'action d'une force (arc ou vérin) destinée à procéder à la réduction horizontale, par écartement des fragments, se fera alors dans des conditions parfaites, les guides empêchant l'inclinaison ou le renversement des fragments par l'action des forces employées pour cette réduction.

Les réductions verticales et horizontales terminées on procède à la contention définitive.

Le succès final du traitement ne peut être apprécié qu'au résultat dynamique et cinématique obtenu.

V

La valeur de la méthode du traitement physiologique des fractures, des luxations et des déviations de la mandibule ainsi que celle des divers moyens qui ont été utilisés pour réaliser la thérapeutique physiologique, sera mieux appréciée par l'exposé succint des quelques cas cliniques suivants pris au hasard :

Observation d'un cas de fracture mandibulaire double inter-abaisseurs et pré-élévateurs [1]. (Figures 28-29-30.)

Soldat Ch... Arthur, classe 1904. Admis dans le service 3 mois 1/2 après sa blessure.

Blessé par balle.

Trajet du projectile : pénétré au niveau du bord inférieur gauche de la mandibule, sorti au niveau de la région sus-hyoïdienne médiane.

Description de la lésion : l'orifice d'entrée du projectile suppure abondamment, des esquilles sont perceptibles, l'orifice de sortie est

1. Ce blessé a été traité à l'Ecole dentaire de Paris dans le service du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face, par M. Schwabsky.

cicatrisé ; à l'examen buccal on remarque une déformation de l'arc mandibulaire fortement dévié distalement et latéralement à gauche jusqu'au niveau de |6, la portion postérieure gauche |7 8 est au contraire déviée lingualement, une solution de continuité est nettement perceptible au niveau de |6 ; le fragment postérieur de la mandibule a glissé lingualement et sa face vestibulaire est recouverte par la face linguale du grand fragment sur une longueur de 12mm. On remarque en outre

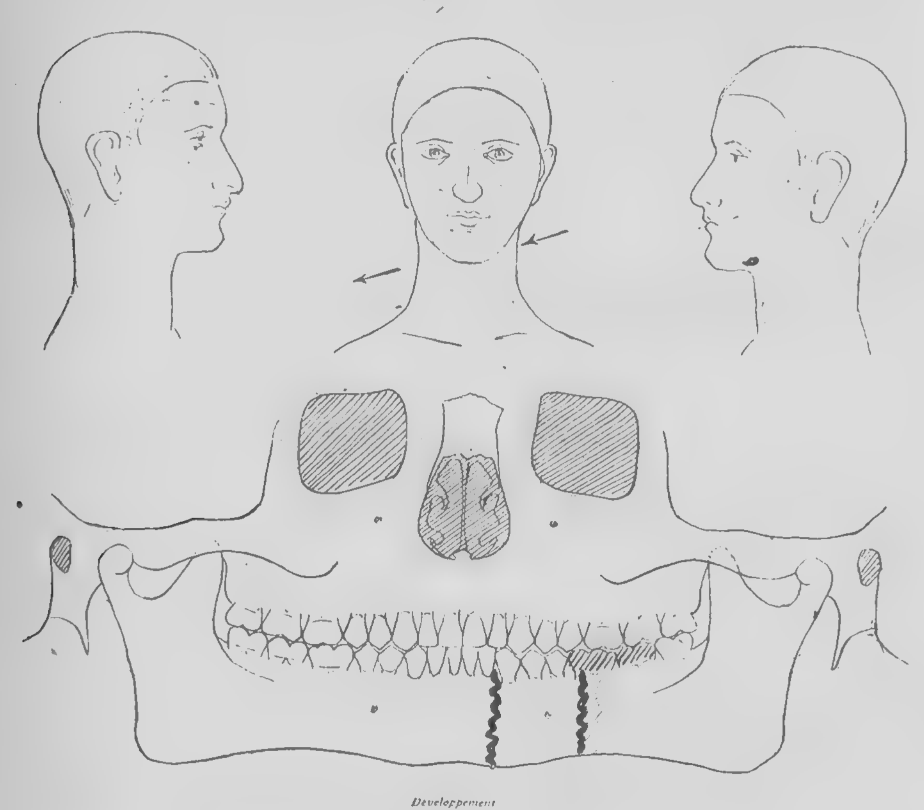


Fig. 28. — Soldat Ch... Arthur. Fracture double inter-abaisseurs gauches et pré-élévateurs gauches.

une mobilité à peine sensible de la portion mandibulaire supportant |3 4 5. A l'ouverture buccale on note que le plan d'occlusion du fragment postérieur ne s'abaisse pas au niveau du plan d'occlusion des autres dents tandis qu'à la fermeture buccale le plan occlusal est brisé par abaissement de la portion antérieure de l'arc mandibulaire. La mise en bonne relation occlusale est impossible.

Diagnostic : fracture mandibulaire double, esquilleuse, inter-abaisseurs gauche et pré-élévateurs gauche, à traits verticaux, le premier entre |2 et 3 le second distal de |5. Le fragment postérieur est taillé très obliquement au dépens de la table externe (fig. 28).

Déviation disto-latérale gauche du grand fragment avec abaissement et déviation linguo-verticale par élévation du fragment postérieur

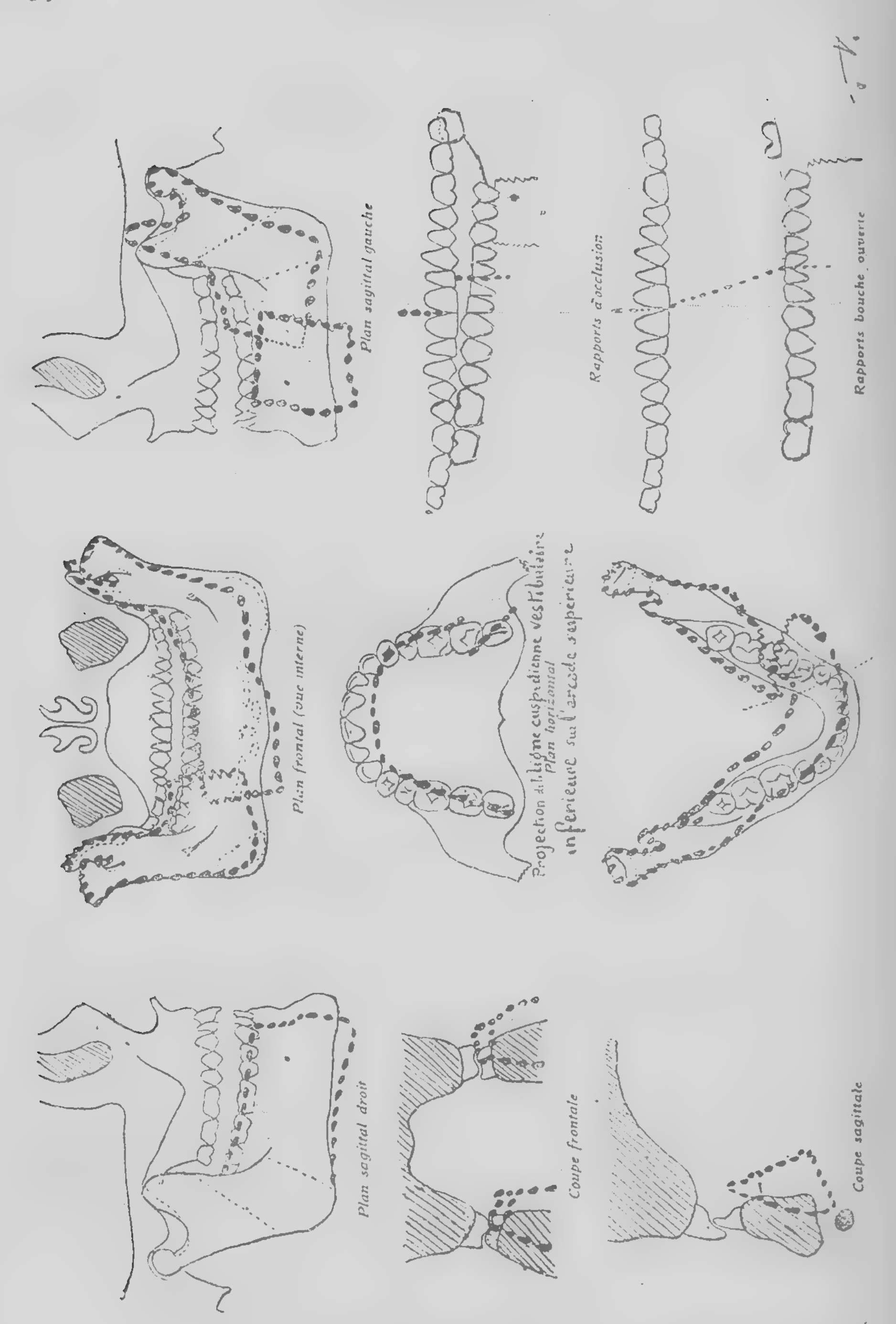


Fig. 29. — Soldat Ch... Arthur. Déviations consécutives à une fracture pré-élévateur gauche.

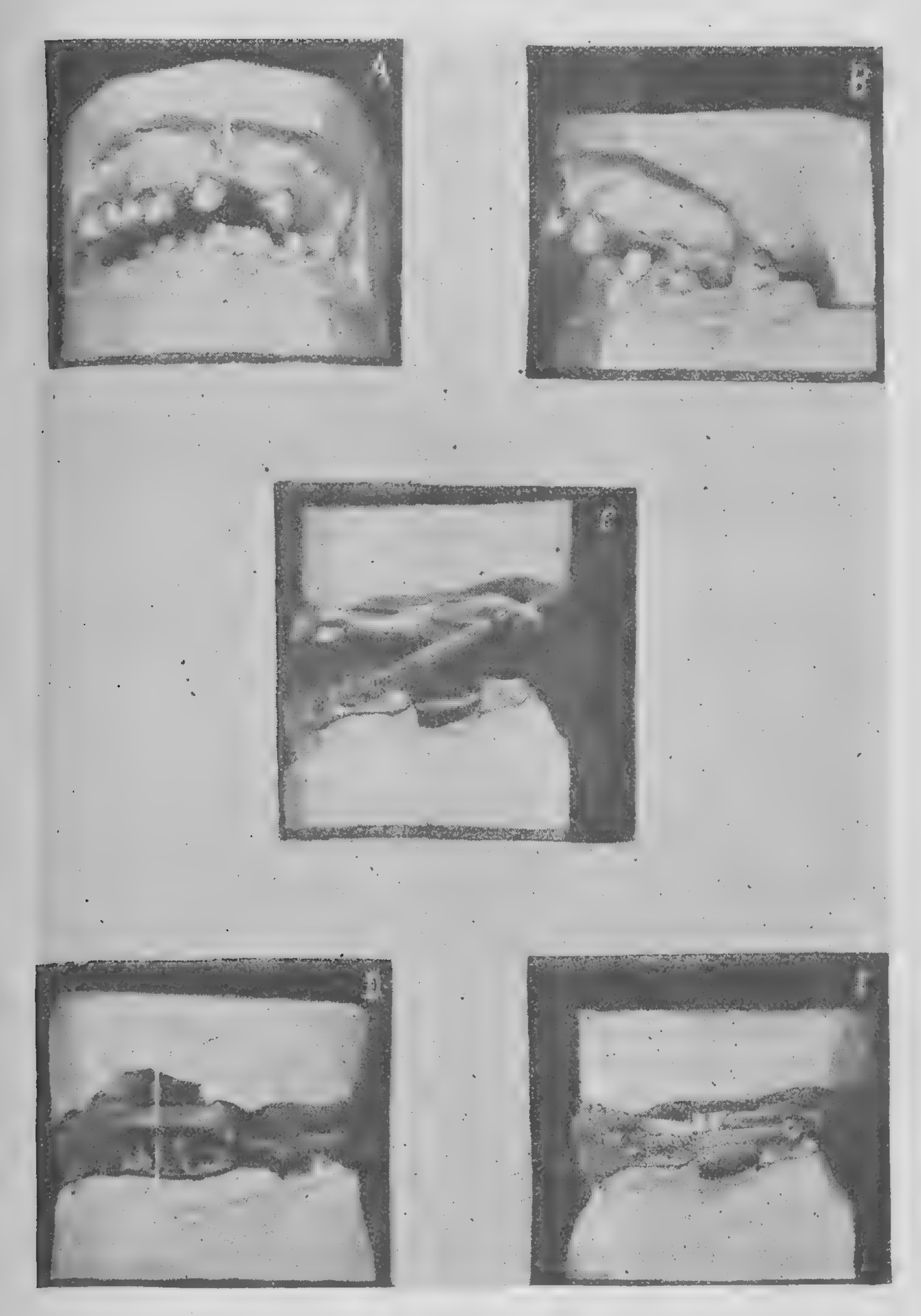


Fig. 30. — Soldat Ch... Arthur. Fracture double inter-abaisseurs gauches et pré-élévateurs gauches.

A. B. Rapports d'occlusions pathologiques dues à la déviation.
C. Appareils de réduction en place, celle-ci terminée.
D. La réduction est terminée, les lignes médianes inférieures et supérieures se rencontrent normalement.
E. L'occlusion est normale.

gauche ; le fragment intermédiaire, relié au grand fragment, suit la même déviation que celui-ci et est presque consolidé ; déviation à gauche à l'ouverture buccale (fig. 29).

Perte totale de l'occlusion par déviation malgré le nombre de dents restantes, denture médiocre mais suffisante pour trouver des points d'appui dentaires nécessaires (fig. 30 A et 30 B).

Irréductibilité des fragments.

Traitement. — 1° Mise en état de la bouche : extraction des esquilles libres en contact avec l'extérieur ainsi que des racines de ⌈6 et d'un bouton de capote déchiqueté entraîné dans la plaie par la balle.

2° Réduction : un appareil à bielle propulsive active (fig. 10) est placé le 19 janvier 1916, cet appareil est composé d'une gouttière supérieure reliée à une gouttière inférieure par la bielle, la gouttière inférieure est divisée en 2 gouttières séparées, l'une emboîtant les dents du grand fragment et du fragment intermédiaire, l'autre emboîtant la seule dent restante sur le fragment postérieur gauche. Sur la face linguale de la gouttière droite a été soudé un tube horizontal destiné à maintenir un petit ressort en fil de piano ayant pour but de redresser le fragment postérieur en déviation linguale et de maintenir les fragments sur un même plan horizontal, l'engrènement de ⌊8 avec ses antagonistes ne permet pas de déviation mésiale de ce fragment (fig. 29 C).

La réduction du grand fragment (en déviation disto-latérale) est terminée le 24 janvier (fig. 29 B) et celle du fragment postérieur le 11 février (fig. 29 E) les gouttières furent articulées au fur et à mesure que les fragments reprenaient leurs rapports normaux avec l'arcade antagoniste.

3° Contention : le 21 février un moulage articulé (squash bite) pris en recouvrant les gouttières de plâtre et en priant le blessé de mordre à fond permet de relier ces gouttières par un pont rigide soudé à chacunes d'elles et les maintenant en parfaite position d'occlusion — les gouttières de réduction ainsi reliées formèrent la gouttière de contention qui fut cimentée et la bielle retirée, son action n'étant plus utile.

Résultat au 12 mars : puissance dynamique bonne, occlusion parfaite, pas de déviation à l'ouverture, consolidation en bonne voie.

Observation d'un cas de fracture mandibulaire post-abaisseurs avec perte de substance[1] (Figures 31-32-33-34).

Soldat Ra... Antoine, classe 1901. Admis dans le service 5 mois après sa blessure.

Blessé par balle.

Trajet du projectile : pénètre au centre de la joue droite, traverse la bouche (ouverte) en passant entre les arcades dentaires, est extrait au niveau de l'articulation temporo-maxillaire (fig. 31).

Description de la lésion : l'orifice d'entrée de la balle est totalement cicatrisé, la région de l'articulation temporo-maxillaire est fortement

1. Ce blessé a été soigné à l'Ecole dentaire de Paris dans le service du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face et dans le service de prothèse restauratrice du Dispensaire militaire.

déprimée, une fistule persiste au fond de cette dépression, l'angle mandibulaire gauche est élevé (fig. 33 A) ; à l'examen buccal l'occlusion paraît presque normale lorsqu'on aide la mandibule à se déplacer mésialement par une pression de la main sur le côté gauche, un examen plus attentif permet, par l'abrasion du bord libre des incisives supérieures (face vestibulaire) et des incisives inférieures (face linguale) de se rendre compte que l'engrènement habituel de ce blessé présentait une maloc-

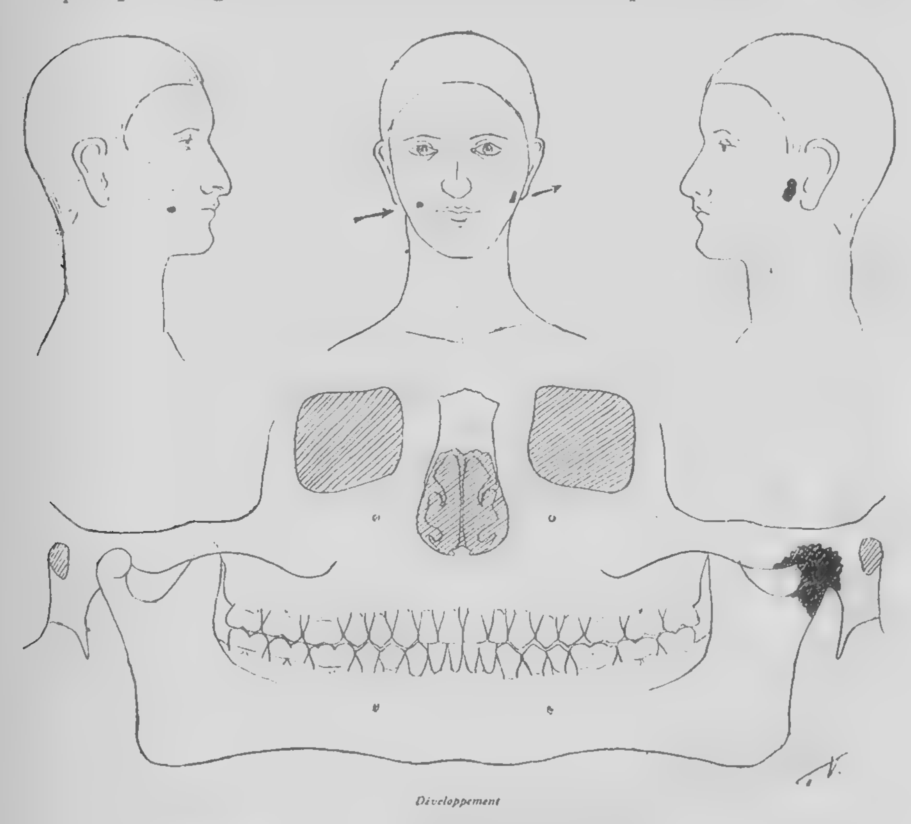


Fig. 31 — Soldat Ra... Antoine. Fracture post-élévateurs gauches, avec perte de substance (condyle).

clusion linguale supérieure de 2 1 | 1 2, on constate alors une déviation disto-latérale gauche à l'occlusion (fig. 33 B, 33 C) et à l'ouverture buccale (fig. 34 D) ; le plan d'occlusion inférieure n'est pas parallèle au plan d'occlusion supérieure lorsque le malade a la bouche ouverte, le plan inférieur est oblique, sa partie la plus élevée se trouvant au niveau de |7, lors de la fermeture de la bouche, cette dent prend seule contact avec les antagonistes, la mandibule pivote alors autour du point d'appui ainsi créé pour permettre le contact de toutes les autres dents.

La déviation est partiellement réductible.

Diagnostic. — Fracture mandibulaire post-abaisseurs par broiement de l'articulation temporo-maxillaire avec perte du condyle gauche (fig. 31).

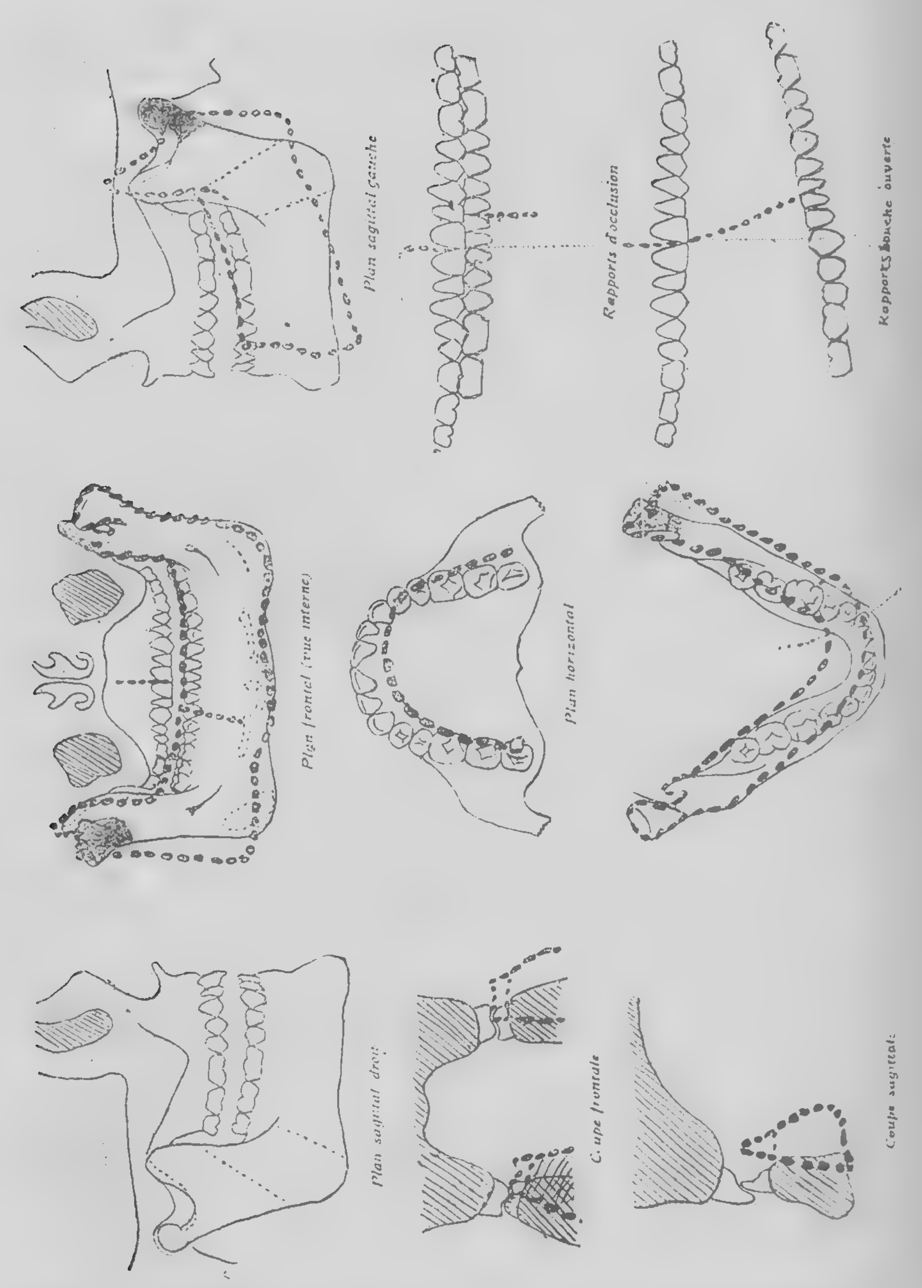


Fig. 32. — Soldat Ra... Antoine. Déviations consécutives à une fracture post-élévateurs gauches, avec perte de substance (condyle).

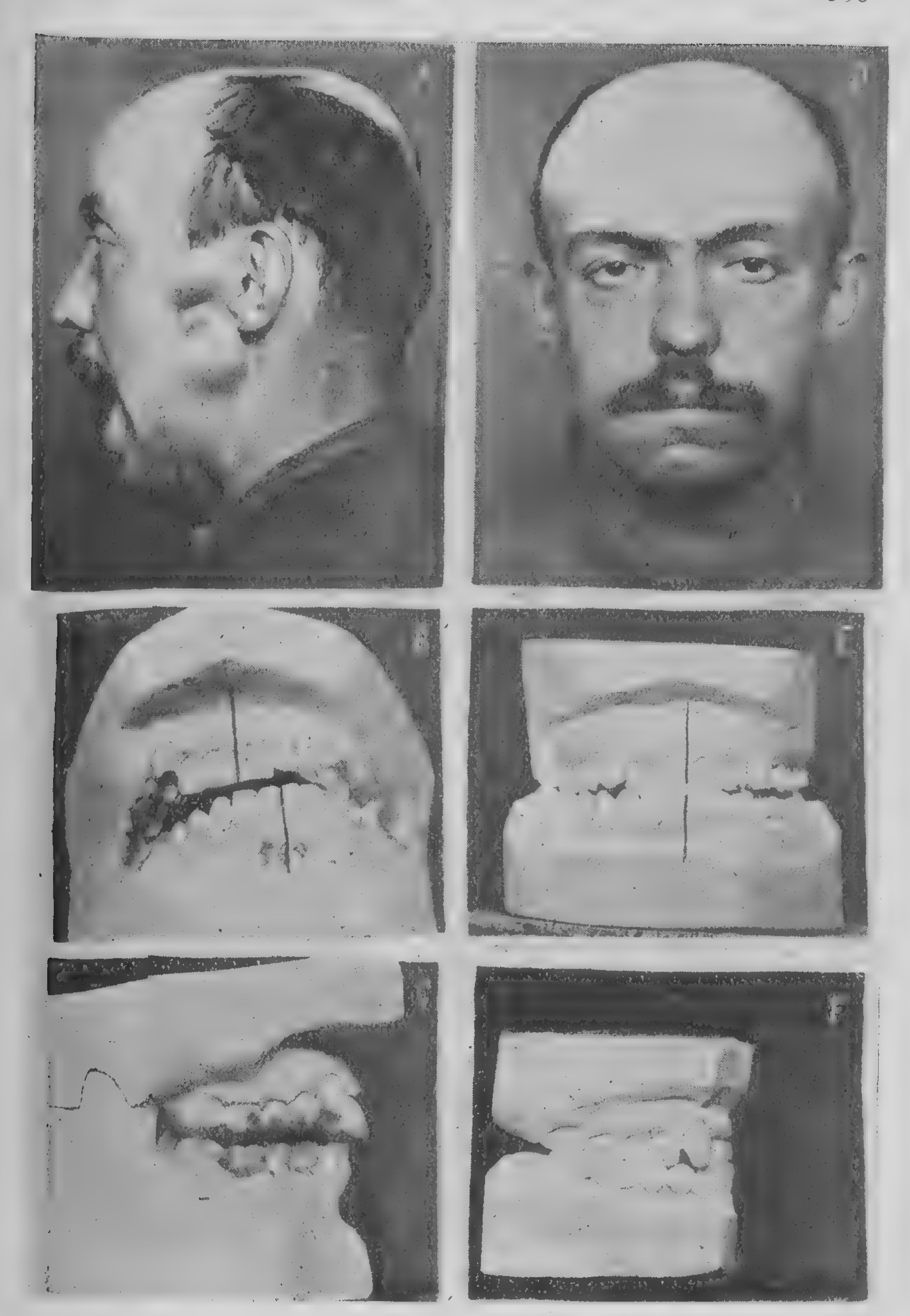


Fig. 33. — Soldat Ra... Antoine. Fracture post-abaisseurs gauches, avec perte de substance (condyle).

A. Dépression au niveau du condyle gauche, élévation de l'angle mandibulaire.
B, C. Occlusion pathologique due à la déviation.
D, E, F. Occlusion normale après réduction.



Fig. 34. — Soldat Ra... Antoine. Fracture post-élévateurs

A. Appareil de réduction en place à bielle propulsive active (la réduction est

B, C, D. La bielle active est remplacée par une bielle passive, dans l'ouverture bielle, la bouche s'ouvre obliquement (bouche du chantre de village).

E, I. A la bielle est ajoutée une double manivelle à butoir postérieur supé

F, G. Action de la bielle à manivelle (1er temps) la bouche est entr'ouverte, la manivelle verticale rencontre alors le butoir postérieur.

K, H, L. Le point de rotation se transporte à l'articulation inférieure des par glissement).

M. La bouche s'ouvre normalement.



gauches, avec perte de substance (condyle).
opérée).
buccale la mandibule pivote autour du point d'articulation supérieur de la
rieur et butoir vertical.
le point de rotation de la mandibule est l'articulation supérieure de la bielle,
manivelles (2e temps). La mandibule est projetée en avant (la bielle s'allonge

Déviation disto-latérale gauche susceptible d'une réduction partielle (1/3 environ) et tendance à déviation verticale par élévation anihilée par la présence de dents antagonistes lors de l'occlusion, à l'ouverture buccale : déviation disto-latérale gauche, et déviation verticale par élévation (fig. 32).

L'occlusion se fait en 2 temps ; perte partielle du contact des antagonistes par déviation ; toutes les dents sont présentes, à l'exception de $\frac{8 | 8}{8 | 8}$; elles sont saines, le blessé présentait une malocclusion linguale de $\underline{2\ 1 | 1\ 2}$ avant sa blessure.

Traitement. 1° Mise en état de la bouche.

2° Réduction : opérée par appareil à bielle propulsive active placée le 10 novembre 1915 (fig. 34 A) la réduction est obtenue le 18 novembre 1915 (fig. 33 B et 33 E, 33 C et 33 F). La bielle active est alors remplacée par une bielle passive (fig. 9 et 34 B).

Le blessé est tenu en observation, les rapports d'occlusion sont rétablis et se maintiennent parfaitement [1]. Mais à l'ouverture buccale, par suite de la perte de substance de la région de l'articulation temporo-maxillaire et de la perte de l'action du ptérygoïdien externe gauche, une forte déviation disto-verticale par élévation persiste (bouche du chantre de village) (fig. 34 B. C. D.). Cette déviation n'est pas corrigée parce que la bielle dans l'ouverture buccale offre un centre de rotation fixe, pour que le mouvement soit normal il faudrait que le centre de rotation se déplace en avant et en bas (passe du condyle).

En outre, dans la fermeture buccale, l'occlusion continue à se produire en deux temps.

Pour corriger ces déviations, 2 manivelles articulées entre elles furent ajoutées à la bielle (bielle à manivelles fig. 17, 18 et 34 E) la manivelle verticale rencontre par son bord postérieur le butoir destiné à provoquer automatiquement le changement de centre de rotation, la manivelle inférieure, bute par son extrémité postérieure contre le bord relevé de l'appareil formant ainsi un autre butoir s'opposant à l'élévation du maxillaire et répartissant les résistances sur l'ensemble des dents au lieu que seule, la dernière molaire subisse cet effort ; grâce à ce butoir l'occlusion se fait en un temps (fig. 34 E et 34 I).

L'action de cette bielle à manivelle est illustrée par la figure 34.

1er temps de l'ouverture buccale. Le centre de rotation gauche de la mandibule est l'articulation supérieure de la bielle, la bouche est entrouverte, la manivelle verticale rencontre le butoir postérieur (fig. 34 F) la bouche s'ouvre normalement, la ligne médiane n'est pas déviée (fig. 34 G).

2e temps. La manivelle verticale fixée par le butoir, le centre de rotation de l'ouverture buccale se transporte au point d'articulation des deux manivelles, la mandibule en s'abaissant est conséquemment déplacée en avant, suivant ainsi le mouvement d'abaissement normal

1. L'engrènement des dents de ce blessé présentait, avant la blessure, une malocclusion linguale de 2 1 | 1 2 comme l'indique l'abrasion de ces dents (fig. 34 H), cet engrènement a été respecté lors de la réduction. (Voir figure 34).

(fig. 5), la bielle peut s'allonger grâce à sa disposition (tige glissant dans un tube, fig. 34 K), la bouche s'ouvre normalement, sans déviation de la ligne médiane (fig. 34 L).

La bielle a manivelles supplée à l'action du propulseur externe gauche, et les conséquences esthétiques de ce mécanisme sont illustrées par les figures 34 D et 34 M.

3° Contention. Chez ce blessé, la perte de substance (condyle) n'étant pas, quant à présent, susceptible d'un traitement chirurgical il devenait nécessaire de maintenir les rapports d'occlusion et d'articulation pour permettre à la nature de compenser si possible, la perte de substance, le traitement cinématique devait prendre dans ce cas une place prépondérante ; le mouvement mandibulaire normal établi par la bielle à manivelles, un appareil guide-butoir (fig. 22) fut placé le 12 mars 1916 pour maintenir l'équilibre dynamitique et cinématique le temps nécessaire à la restauration naturelle.

Cet appareil guide la mandibule dans l'ouverture et la fermeture de la bouche et permet les mouvements latéraux les plus amples (voir fig. 22) ; l'action physiologique préétablie (par la bielle à manivelles) est maintenue par ce dispositif qui représente à la fois un appareil de contention et de restauration.

Résultat : puissance dynamique très bonne, occlusion parfaite, pas de déviation à l'ouverture buccale.

(A suivre.)

RÉUNIONS ET CONGRÈS

CONGRÈS DENTAIRE INTER-ALLIÉS

Le Congrès dentaire inter-alliés organisé, sur l'initiative de la Société d'Odontologie de Paris, par la Fédération Dentaire Nationale (F. D. N.), les Ecoles dentaires reconnues d'utilité publique (Ecole Dentaire de Paris, Ecole Odontotechnique, Ecole Dentaire de Lyon) et toutes les sociétés adhérentes au congrès, aura lieu à Paris du 10 au 13 novembre 1916, 45, rue de la Tour-d'Auvergne et 5 *bis*, Cité Milton, Paris, IXe arrondissement.

Nous avons dit que ce congrès, autorisé par le ministre de la Guerre et placé sous son patronage, ainsi que sous le patronage du ministre de la Marine, sera présidé par M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du Service de Santé, président d'honneur.

Il sera, comme on sait, spécialement consacré aux blessures de guerre des maxillaires et de la face : prothèse maxillo-faciale, à la dentisterie, à la prothèse militaire et à l'organisation des services dentaires dans l'armée pour la guerre et pour l'après-guerre.

Le compte rendu du congrès fera l'objet d'un volume auquel donneront droit les souscriptions, fixées à 50 francs *au minimum* pour les *sociétés adhérentes*, 50 francs au minimum pour les *membres bienfaiteurs*, 20 francs pour les *membres adhérents*.

Nous avons publié la liste des membres du Comité de patronage, des présidents et vice-présidents d'honneur, le programme et le règlement dans nos derniers numéros.

Au Comité de patronage dont nous avons déjà indiqué la composition, viennent s'ajouter les noms de M. L. Barthou, député, président de la Commission supérieure consultative du Service de Santé, M. Dr Doizy, député, président de la Commission d'Hygiène publique de la Chambre, vice-président de la Commission supérieure consultative du Service de Santé et M. Joseph Reinach, ancien député, rapporteur de la même Commission.

Nous avous reçu un grand nombre d'adhésions dont nous donnons la liste ci-dessous :

Nous pouvons dire dès à présent que le succès de cette réunion est assuré. Le Comité d'organisation a rencontré une vive approbation et un sérieux appui non seulement auprès des praticiens français, mais auprès de ceux des pays alliés. La presse étrangère s'en est occupée et nous relevons notamment à cet égard un article de propagande très chaleureux dans les journaux portugais, ainsi que dans les journaux anglais.

Nous adressons un dernier appel à nos confrères français, mobilisés ou non, pour qu'ils viennent à cette réunion scientifique

d'un intérêt tout spécial et qui semble devoir être unique en son genre pendant le grand conflit mondial que nous traversons.

COMITÉ DE PATRONAGE

Le Comité de Patronage compte déjà parmi ses Membres :

M. le Ministre de la Guerre, M. le Ministre de la Marine

M. Paul Strauss, Sénateur, Membre de l'Académie de Médecine; Président du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique de France.

M. Louis Barthou, Député, Président de la Commission supérieure consultative du Service de Santé.

M. Dr Doisy, Député, Président de la Commission d'Hygiène publique de la Chambre; Vice-président de la Commission supérieure consultative du Service de Santé.

M. Joseph Reinach, ancien Député, Rapporteur de la Commission supérieure consultative du Service de Santé.

M. Mesureur, Directeur de l'Assistance Publique de Paris, Membre de l'Académie de Médecine.

Président d'honneur.

M. Justin Godart, Sous-Secrétaire d'Etat du Service de Santé de la Guerre.

Vice-présidents d'honneur.

M. le Médecin inspecteur général Chavasse, Directeur général du service de santé du groupe des armées d'opérations.

M. le Médecin inspecteur général Février, Président du Comité consultatif de santé.

M. le Médecin inspecteur Sieur, Directeur du service de santé du camp retranché de Paris.

M. le Médecin général Bertrand, Inspecteur général du service de santé de la Marine.

M. le Médecin général Machenaud, Chef du service central de Santé au Ministère de la Guerre.

Sociétés adhérentes.

Association générale syndicale des Dentistes de France.	250 fr.
American Face and Jaw-Hospital (avenue de Wagram).	200
Association française d'hygiène dentaire............	50
Comité national français d'hygiène dentaire..........	50
Cercle odontologique de France..................	50
Ecole dentaire de Paris........................	250
Ecole odontotechnique.........................	250
Ecole dentaire de Lyon.........................	250
Ecole de chirurgie dentaire Laval, de Montréal (Canada).	50
Ecole de chirurgie dentaire de l'Université de Gill, Montréal (Canada)...............................	50
Fédération dentaire nationale....................	100
Société d'Odontologie de Montréal (Canada)..........	50
Société d'Odontologie du Portugal à Lisbonne.......	50
Société d'Odontologie de Manchester..............	100

Membres bienfaiteurs.

MM.		MM.	
D'Argent	50 fr.	Kritchewsky S	50
André	50	Kazanjian	50 fr.
Ash Claudius	50	Legros	50
Ackermann	50	Lelièvre L	50
Blatter	50	Levett	50
Bioux, L	50	Logan K	50
Baudelot .G	50	Miégeville E. V	50
Barden	50	Martinier P	50
Chiavaro-Angelo	50	Pont	50
Coutif	100	Pauchet L	50
Contenau et Collignon	100	Perna	50
Cernea	50	Pailliotin	50
Devauchelle	50	Roy M	100
Davenport Will	50	Rondest	50
Davenport J.-B	100	Roussel	50
Drossner (Mlle)	50	Ruppe L	50
Duz M	50	Sauvez E	100
Frey	50	Stuhl F	50
Frison L,	50	Société française de fournitures dentaires	100
Fromaigeat	50	Société coopérative des dentistes de France	100
Fontanel	50	Salmon A	50
Godon	100	Thuillier	50
Guerini	100	Tireau	50
Girardier H	50	Villain G	100
Harwood	50	Villain H	50
Halley-Smith	100	Van Aerde	50
Hugenschmidt	50	Valette R	50
Hotz	50	Vertadier M	50
Hayes	50	Waffler	50
Heidé R	50	Wisner L	50
Imbert	50		
Jean Francis	50		
Jeay	50		

Membres adhérents.

MM.	MM.	MM.
Abovici.	Brenot M.	Boisseuil.
Audry R.	Boucher (Le).	Bimes.
Amillac.	Barège.	Brunet.
Audy. F.	Bruant.	Berger P.
Beck P.	Baelen.	Bègue (Le).

MM.
Bruschera L.
Berlioz A.
Bourselet V.
Baudry.
Bourla.
Berthoumieu M.
Bayâo-Simôes.
Bouvry G.
Blanchet R.
Barrié J.
Besset Ch.
Bouchard F.
Boulic.
Buronfosse.
Besson J.
Bonnafoux H.
Borkowski P.
Bassot L.
Bennejeant.
Brodhurst W.
Burellier-Daubanton
Boucherie G.
Butheau F.
Brand J.
Beretta A.
Bornand.
Chenet H.
Crocé-Spinelli.
Contard L.
Cahen J.
Caumartin A.
Chalamet J.
Cassé S.
Cagnoli V.
Catton P.
Coblentz S.
Cantegrel L.
Cardon L.
Cornic.
Coulomb.
Cocquerel (de).
Conte V.
Crépier E.

MM.
Cauvain A.
Chastel R.
Chaumette P.
Couilliaux.
Chompret.
Crayton V.
Cruet L.
Chomont G.
Camus M.
Carreau C.
Debray A.
Delu E.
Dorangeon.
Dunoyé G.
Devoucoux G.
Darcissac E.
Derouineau.
Delourmel.
Doubliez P.
Dubois Gerlack (Mme)
Delestre.
Dufay.
Dugas J.
Duncombe F.
Devoucoux Ch.
Descamps.
Daehler W.
Delzant L.
Delalande.
Dumont.
Dehilotte J.
Dubois P.
Durand G.
Demazeau H.
Duchange R.
Davenport Ralph.
Demoulin A.
Dobrenn J.
Espy.
Fievet A.
Fourmery.
Flexer G.
Flechet G.

MM.
Ferrand.
Fort P.
Frison M.
Fargin-Fayolle.
Fabret.
Fourquet E.
Foulon R.
Guillot L.
Gencel A.
Cuichard G.
Guérin-Beaupré.
Giraud.
Georget P.
Gauthier.
Gault L.
Greffier Th.
Goguelat R.
Guérin E.
Guillemain E.
Gallician E.
Gibert J.
Guiard H.
Guérard (Mlle).
Guébel Ch.
Gouthière V.
Godin L.
Gody.
Hillion.
Haloua.
Huillier G.
Hervochon.
Hugot.
Huguet G.
Huguet J.
Issalis A.
Jolivet M.
Jones H.-P.
Jarrige-Lemas P.
Jean L.
Jean P.
Jacquin Ch.
Knodler L.
Kritchewsky B.

MM.
Lambinet H.
Lalement G.
Lavocat L.
Letierce Ed.
Letang.
Ladoux J.
Lemaitre.
Lambert G.
Ladoubée.
Louvet.
Laverton.
Lévy A.
Liottier W.
Larue E.
Lemière R.
Lespinasse M.
Lannois.
Lambron R.
Lair A.
Luis M.
Léger R.
Mamelzer P.
Masrouby.
Morel Ch.
Marseillier E.
Mercier L.
Miégeville P.
Maudry J.
Mury Ch.
Mortureux G.
Morel F.
Mendel-Joseph.
Mussat Ch.
Martin
Monick.
Morale A.
Martin L.
Morhange.
Marie.
Macaigne M.
Myard J.
Merger E.
Moriceau P.
Morche.

MM.
Millon G.
Moyse R.
Mimart G.
Martinier G.
Marronneaud H.
Neuman.
Nivet E.
Nuyts P.
Obré
Obriot A.
Pélissier
Payan R.
Peyter J.
Peronneau E.
Platschick R.
Pierret E.
Pons A.
Plouvin C.
Plouvin E.
Pillière E.
Poulio A.
Païla Saturio
Quaterman Ed.
Quillet D.
Quellec (Le).
Quintero M.
Raton M. A.
Renoux.
Réal P.
Romay G.
Roussellet.
Riboulet.
Ronnet A.
Robinson J.
Rozenbaum.
Raynal.
Rousset P.
Roby P.
Rouget.
Rojas (de) F.
Rollin A.
Rouquette V.
Richard G.
Regnault M.

MM.
Rifaux A.
Roux L.
Rubbrecht O.
Robin L.
Ricou A.
Robine.
Roux (Le).
Rodier H.
Robin P.
Rebel P.
Sosson L.
Seguier J.
Schnorf R.
Ségal M.
Sutter J.
Smadja F.
Schatzman.
Stemmetz P.
Sauvigny P.
Schwabacher.
Solas L.
Schwabsky.
Sabatier Ch.
Schilliger.
Stavisky.
Thomson N.
Touvet-Fanton.
Tanguy.
Thésée V.
Tzanck.
Villain L. (Mlle)
Varlet P.
Van der Heust.
Vito Caputa.
Valencot F.
Vicat A.
Villas B.
Wirth P.
Watts W.
Walter L.
Zzaoui J.
Zamkoff (père).
Zamkoff (fils).

Depuis la composition de cette liste, nous avons reçu les adhésions suivantes :

MM.
Auroux F.
Anéma R.
Audibert J.
Blanc C.
Baril P.
Bosano F.
Bouvet Ch.
Barrieu C.
Boget.
Carré R.
Curie J.
Charlet R.
Cotel A.
Colegrave R.
Capdepont.
Cernéa,
Cadic J.
Courchet.
Casterès J.
Durand J.
Devernoix P.
Debray M.
Delequel.
Douat A.
Duigon (Le).
Duvilliers E.
Daclin A.
Escudier
Edwards H.
Estor L.
Eudlitz Z.
Frossard.
Fonsèque
Fischer J.

MM.
Fabre R.
Gaumerais
Gamblain G.
Guesnier Ch.
Gresseteau V.
Granier G.
Guérard A.
Gangloff M.
Gaignon M.
Herpain A.
Houssais A.
Huguet Cl.
Irigoin G.
Isnard S.
Kouindjy P.
Launay P.
Launay P.
Loyer R.
Lazorthes.
Lemerle G.
Lagarrigue (Mlle).
Lacourt H.
Lheureux Ch.
Lot F.
Lehmans M.
Leguay J.
Monier.
Maréchal L.
Mac-Nulty.
Martinel R.
Monet.
Morineau.
Maman.
Mousis A.

MM.
Montignac.
Mouton F.
Nevejans G.
Papillaud L.
Pénelet A.
Paulus E.
Pire A.
Proïa J.
Paulus Ch.
Pigné G.
Poinsot.
Perrenond S.
Portevin M.
Rambaud F.
Lt-colonel J. N. Roy.
Robin G.
Riey G.
Sauvanet E.
Seimbille C.
Solelhac M.
Sevray (de).
Scanvic U.
Saurain H.
Thibault A.
Terral A.
Tacail P.
Trillet R.
Troy E.
Thomas T.
Verdier E.
Vincent M.
Vasserot F.
Wallis-Davy.
Wilhelm P.

Au 15 octobre 1916 le nombre des souscripteurs est de plus de 500 et les souscriptions montent à plus de 14.000 fr.[1].

Nous avons reçu au 15 octobre (dernier délai d'inscription), près de 100 propositions de communications et présentations,

1. Nous publierons dans un prochain numéro la liste complémentaire des adhérents.

nous publions ci-contre la liste des rapports, communications et présentations inscrits à ce jour au programme.

Liste des rapports, communications et présentations inscrits au programme du C. D. I. A.

1° De l'action du spécialiste ou du dentiste dans les jours qui suivent le traumatisme.

Rapports.

a) *Traitement immédiat des fractures des maxillaires ;* rapporteur, Pont A. M

b) *Traitement des blessés des maxillaires dans la zone des armées ;* rapporteur, Blot M. M.

Communications et presentations.

MM. Dufourmentel M. M. Frison A. M. et Brunet A. M.	Chirurgie et prothèse maxillo-faciale immédiate dans un service d'armée. (Présentation d'observations avec moulages et photographies des blessés).
Cagnoli D. M.	Quelques observations sur le traitement immédiat du blessé dans une ambulance du front.
Terrier Dr	La fronde plâtrée comme moyen de fixation générale des appareils de traction des fragments de maxillaire.
Roy Dr	De la conduite à tenir au sujet des dents voisines des traits de fractures.
Caumartin M. M. et Lalement D. M.	De l'utilité d'attendre un certain degré de consolidation avant de réduire quelques fractures du maxillaire inférieur.
Kazanjian M. M. (British Exp. Force, France).	Traitement précoce des blessures de la face et des maxillaires.
Morel D. M.	Antiseptie d'urgence dans les blessures des maxillaires et des parois buccales.

2° De la réduction et de la contention mécanique des fractures.

Rapports.

a) *Fractures rétro-dentaires ;* rapporteur, Dr Roy.

b) *La pseudarthrose doit-elle être préférée à une consolidation vicieuse ;* rapporteurs. Roussel Ch., dentiste et Darcissac D. M.

c) *De l'emploi des appareils intra-buccaux dans le traitement des fractures des maxillaires;* rapporteur, Jeay, Chirurgien-dentiste.

Communications et présentations.

MM. Imbert M. M. et Réal A. M	Traitement prothétique des fractures latérales de la mandibule.
Chenet A. M.	1° Réduction automatique et maintien des fractures du maxillaire inférieur avec chevauchement des fragments sans perte de substance, par appareil à expansion continue. 2° Traitement de l'atrésie et des brides buccales par appareils dilatateurs.
Pont A. M. et Bimes A. M.	Modifications apportées à l'arc d'angle dans la réduction et la contention des fractures.
P. Robin A. M.	Présentation de fractures des maxillaires supérieurs et inférieurs réduites par une bielle inter-maxillaire.
C. Rubbrecht Dr (Belgique).	Une nouvelle méthode de traitement des fractures des maxillaires.
Poulio Dr (Serbie).	Le traitement des fractures des maxillaires en Serbie 1914-15.
Vincenzo Guérini Dr (Italie).	Présentation de moulages.
Herpin A. M.	Traitement des fractures du maxillaire inférieur.
Duchange D. M.	Méthode de traitement des fractures du maxillaire en 2 temps (présentation d'appareils).
Raton M. A. D. M.	Deux cas de fractures du maxillaire inférieur (observations) traitées par la force inter-maxillaire.
Fabret D. M.	Deux cas de fractures du maxillaire.
Prof. Perna (Italie).	Quelques cas intéressants de fractures des maxillaires en temps de guerre.
Sauvez M. M.	Classification du traitement des fractures du maxillaire inférieur et traitement des fractures médianes ou paramédianes.
Solas D. M.	Réduction et contention des fractures des maxillaires avec ou sans perte de substances par une méthode d'appareils fixes et démontables.

MM. Caumartin M. M. et Lalement D. M. Appareil dit « à potence » pour la réduction des fractures du maxillaire inférieur.

G. Villain D. M. Traitement physiologique des fractures et des luxations du maxillaire inférieur (traitement des fractures du maxillaire inférieur lorsque les points d'appui dentaires font défaut à l'un des fragments).

E. Darcissac D. M. Les ligatures métalliques dans le traitement des fractures des maxillaires (réduction et contention).

Gouthière A. M. Appareil pour fracture, gouttière universelle.

Chiavaro Pr (Italie) Notes sur le traitement des blessures des maxillaires.

3° Restauration prothétique.

Rapports.

a) Traitement mécanique des pseudarthroses du maxillaire inférieur, rapporteur : Georges Villain D. M.

b) La restauration faciale A/ *Appareils tuteurs pour la chirurgie réparatrice.*

B/ *Appareils prothétiques de restauration*, rapporteur : Ruppe D. M.

Communications et présentations.

MM. Réal A. M. et Gauthier A. M. Des vices d'engrènement consécutifs aux fractures de la mâchoire inférieure consolidées.

Fabret D. M. Quinze cas de fracture cranienne.

Nuyts A. M. Fractures des maxillaires et pseudarthroses.

Coulomb MM. et Ruppe D. M. La prothèse oculo-palpébrale.

Granier D. M. Bosano et Audibert, C. D. Traitement prothétique des pseudarthroses.

Ruppe D. M. Appareils originaux (construits dans le service du Dr Frey, au Val-de-Grâce.

Personnel technique du Dre Mre 45, (Ecole dent. de Paris). Quelques cas de prothèse restauratrice fonctionnelle et esthétique.

M. Fourquet D. M. Cas de prothèse restauratrice tardive du maxillaire inférieur par réduction lente (présentation de moulages photographies et appareils).

4° DYNAMISME (RÉÉDUCATION PHYSIOLOGIQUE).

Rapports.

a) Constriction des mâchoires : rapporteur Frey M. M.

b) Constriction des mâchoires (leur pathogénie) : rapporteur Lebedinsky A. M.

Communications et présentations.

MM. Imbert M. M. et Réal A. M.	Nature et traitement de la constriction des mâchoires consécutives aux blessures de guerre.
Chenet A. M.	Traitement des cicatrices cutanéo-muqueuses de la face par appareil d'ionisation.
P. Robin A. M.	Appareil de dilatation de trismus et dynamognathe.
Besson A. M.	Traitement des constrictions des mâchoires consécutives à des blessures de guerre.
Besson A. M. et Solas D. M.	Présentation d'un dynanomètre buccal pour l'évaluation de la commissure masticatrice.
Ferrand D. M.	De quelques reflexes dans le traitement de certaines constrictions des mâchoires.
G. Villain D. M.	1° Ecarteur buccal enregistreur et dynanométrique. 2° Les bielles et leurs applications.
Choquet Ch. dentiste	Le massage électrique dans le traitement des brides cicatricielles comme préparation ou comme suite à l'intervention chirurgicale.
Delquel A. M.	Présentation d'un dilatateur gradué, notes sur les traitements des trismus.

5° DE L'INTERVENTION COMBINÉE DU CHIRURGIEN ET DU PROTHÉSISTE AUX DIFFÉRENTES PHASES DES TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX.

Rapports.

a) Des principes prothétiques appliqués au traitement des traumatismes maxillo-faciaux : rapporteur, P. Martinier, chirurgien-dentiste.

b) Traitement chirurgical de la pseudarthrose du maxillaire inférieur : rapporteurs, Imbert M. M. et Réal A. M.

Communications et présentations.

MM. Imbert M. M. et Lheureux A. M.	Des greffes cartilagineuses hétéroplastiques dans le traitement des cicatrices vicieuses de la face et du crâne.
Pont A. M.	1° Réduction chirurgicale des fractures du maxillaire inférieur vicieusement consolidées.
	2° Indications et technique de la greffe osseuse dans les pseudarthroses du maxillaire inférieur.
Chenet A. M.	Préparation de la cavité buccale en vue d'occlusions ostéo-périostiques dans le cas de pseudarthrose de la mâchoire inférieure.
Pont A. M. et Peyter	Thérapeutique du tissu cicatriciel consécutif aux blessures de guerre.
P. Robin A. M.	Considérations sur la chirurgie de guerre et la restauration fonctionnelle du maxillaire inférieur dans les cas de fractures avec perte de substance.
Roy Dr et P. Martinier Ch. dentiste	Le rôle respectif du chirurgien et du dentiste dans le traitement des blessures de guerre des mâchoires.
Roy Dr	Traitement des cicatrices et brides cicatricielles intra-buccales.
Gauthier A. M. et Lheureux A. M.	Les troubles de la sensibilité objective dans les fractures récentes et anciennes de la mâchoire inférieure.
Darcissac D. M.	Un ou plusieurs cas de chirurgie dentaire de guerre.
Lemaître M. M.	Les voies naturelles en chirurgie faciale de guerre.
Lebedinsky A. M.	Traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur par la greffe ostéo-périostique.
Roussel Ch. dentiste	L'action combinée du chirurgien et du chirurgien-dentiste dans les greffes osseuses du maxillaire inférieur.
Rouget M. M.	Greffes osseuses dans le traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur.

Hôpital général canadien de St-Cloud : J. N. Roy, lieutenant-colonel, chirurgien, et personnel technique du Dispensaire militaire, 45 (Ecole dentaire de Paris). Chirurgie et prothèse maxillo-faciale (présentations de blessés et d'appareils).

Personnel technique du service du Médecin-Major Frey, Val-de-Grâce. Présentations de blessés et d'appareils de prothèse maxillo-faciale.

Personnel technique du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face de l'Ecole Dentaire de Paris. Présentations de blessés et d'appareils maxillo-faciale.

6° La prothèse d'édentés pendant la guerre.

Rapports.

a) *Question des édentés :* rapporteur Georges Villain D. M.

b) *Conservation ou extraction des racines en vue des applications prothétiques chez les inaptes :* rapporteur Barden, chirurgien-dentiste.

Communications et présentations.

MM. P. Robin A. M.	Le coefficient biologique masticatoire.
Besson A. M.	La question des inaptes édentés pendant la guerre et en temps de paix.
Fabret D. M.	L'appareil de l'édenté combattant.
Frison A. M. Brunet A. M.	Organisation et fonctionnement d'un centre de prothèse militaire d'édentés dans la zone des armées. Résultats obtenus.
André Ch.-D.	Organisatien de la vie militaire des édentés pendant leur traitement.
Bouchard A. M.	Organisation et fonctionnement des services d'édentés dans la 14e région.
Gouthière, A. M.	Appareils masticateurs.
Morel M. D.	Les centres de prothèse et les chirurgiens-dentistes militaires à l'armée.

7° La dentisterie opératoire de guerre.

Rapport.

Rôle et organisation des cabinets dentaires de garnison : rapporteur, Sauvez M. M.

Communications et présentations.

MM.	Fléchet A. M. et Hollande A. M.	Organisation et fonctionnement des services de stomatologie dans la 14e région.
	Hugot ch.-dent.	De l'organisation du service de stomatologie à l'armée.
	Pénelet D. M.	Caisse fauteuil (présentation).
	Leclerc D. M. et Coutif	Emploi de la méthode aspiratrice dans un centre dentaire pour le traitement des caries pénétrantes.

8° ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE POUR LA GUERRE ET L'APRÈS-GUERRE.

Rapports.

a) Organisation générale des services dentaires pans l'armée et le rôle du dentiste: rapporteur, Godon Dr.

b) Nécessité d'une organisation d'après la guerre pour le renouvellement et l'entretien des appareils de prothèse restauratrice: rapporteur, Frey, M. M.

Communications et présentations.

MM.	Prof. Chiavaro (Italie)	Les services pour les blessures des maxillaires et des maladies dentaires dans l'armée et dans la Croix-Rouge (Italie).
	Cruet Dr	L'organisation de la stomatologie aux armées.
	Bruschera D. M.	Les services dentaires aux armées.
	Chompret M. M.	L'organisation des services de stomatologie dans la 20e région.
	Gaumerais A. M.	Le service dentaire dans la zone de l'armée.
	Guébel D. M.	Organisation du service dentaire aux armées (postes de l'avant).
	Morhange A. M.	Réflexions sur l'organisation du service dentaire dans l'armée.
	Cartier D. M.	Fonctionnement des services dentaires dans le 12e corps d'armée.
	Mussat D. M.	L'hygiène buccale dans l'armée.
	Sauvez M. M.	Organisation générale des services dentaires dans les régions
	A. Lévy A. M.	Un service dentaire au front.
	Pr Amedeo Perna (Italie)	Organisation du service de traitement des fractures du maxillaire et des affections dentaires dans la zone de guerre.

M. Eudlitz D. M. Le rôle du dentiste à l'avant, ce qu'il doit être.

Personnel technique du Dispensaire Militaire 45. Statistiques.

MM. Sicard M. P. et Fourquet D. M. Notes sur le fonctionnement actuel du centre de chirurgie et de prothèse dentaires de l'hôpital d'évacuation d'Oudja (Maroc oriental) et le s rvice dentaire militaire dans les corps expéditionnaires et d'occupation coloniale après la guerre.

9° Diverses.

Communications et présentations.

MM. Morel D. M. Méthode de radio'ogie mensuratrice permettant de baser sur des données exactes la réalisation pratique et rapide des prothèses nécessitées par les blessures de guerre.

Ferrand D. M. L'emploi de la radiographie dans les fractures des maxillaires.

a/ Exécution de la radiographie.

b/ Interprétation.

c/ Classification des fractures du maxillaire inférieur projections et dessins.

Morche C. D. Le rôle des dentistes pendant la guerre.

A. Lévy A M. Nouveau fauteuil dentaire pliant et à élévation.

P. Dubois D. M. Contribution à l'étude de la stomatite ulcéreuse de Bergeron.

De Hogues Ch. dentiste L'organisation et les résultats du service dentaire à la Croix-Rouge.

Pons D. M. Un fauteuil dentaire.

Grignon D. M. La stomatite ulcéro-membraneuse et son traitement par le néosalvarsan.

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous avons le plaisir d'apprendre les citations suivantes :

MONET (Louis), élève de 3e année à l'Ecole dentaire de Paris, infirmier à l'ambulance 5/32.

« D'une santé délicate, a refusé par deux fois d'être évacué, se surmenant de jour et de nuit à soigner les blessés avec le plus grand dévouement. »

Ordre de la Direction du Service de santé du 3e corps d'armée.

CHENET, médecin auxiliaire, 5e Génie ;

« Sous un bombardement violent, a organisé avec le plus grand sang-froid et exécuté quatre fois de suite l'évacuation de 150 blessés.

Ordre de l'armée. — Croix de guerre.

PROMOTION

Nous apprenons avec plaisir que notre confrère M. le Dr Audy, chirurgien-dentiste et professeur à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être promu médecin-major de 2e classe.

Nous lui adressons nos félicitations.

NÉCROLOGIE

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons que notre Rédacteur en chef, M. le Dr Maurice Roy, vient d'avoir la grande douleur de perdre son fils aîné, tombé glorieusement devant Verdun à l'âge de 19 ans.

Profondément émus et attristés par cette nouvelle, nous ne voulons pas laisser paraître ce numéro sans adresser à notre collègue et à sa famille l'expression de notre vive sympathie et nos bien sincères condoléances.

LE COMITÉ DE RÉDACTION.

36e ANNÉE. N° 11. 30 NOVEMBRE 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

CONGRÈS DENTAIRE INTER-ALLIÉS

10-11-12-13 novembre 1916.

Le Congrès dentaire inter-alliés s'est ouvert, conformément au programme — notablement modifié — que nous avons publié dans notre dernier numéro, le vendredi matin 10 novembre, à 8 heures, à l'Ecole dentaire de Paris, par une séance de présentations et de démonstrations.

Le nombre des adhérents s'élevait à 946, venus de tous les points de la France, zone des armées et intérieur, et des pays alliés. C'est dire l'importance de ce Congrès.

Ajoutons tout de suite que le succès de cette réunion a dépassé de beaucoup les espérances des Sociétés organisatrices et que ce succès, véritablement considérable, a pleinement justifié le but qu'elles poursuivaient dans l'intérêt de la défense nationale, tant en ce qui concerne les blessés maxillo-faciaux que l'organisation des services dentaires militaires.

Il est bien difficile, même dans un article très étendu, de rendre compte d'un congrès aussi vaste. Le programme provisoire dont nos lecteurs ont pu prendre connaissance a été remplacé par un second, beaucoup plus chargé. C'est seulement par le volume des comptes-rendus dont la préparation a déjà commencé qu'on pourra se faire une idée des nombreux travaux qui ont été présentés et des discussions qui les ont suivis.

Disons à ce propos que le service des impressions était parfaitement organisé. Tous les rapports devant faire l'objet d'une discussion avaient été imprimés et réunis en un volume, ne comptant pas moins de 312 pages, dont chaque congressiste reçut un exemplaire en arrivant le 10 au matin. De même le programme journalier était imprimé la veille pour le lendemain et chaque congressiste en recevait aussi un exemplaire chaque matin à son entrée. Ajoutons que quelques communications avaient été imprimées à l'avance par les soins des auteurs, et

qu'au lendemain de la séance d'ouverture, le Comité d'organisation distribuait aux congressistes le compte-rendu de cette séance contenant le texte intégral de la communication, lue au nom de M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, ainsi que la brillante conférence de M. le professeur P. Sebileau.

Séance d'ouverture

Nous nous efforcerons néanmoins de donner à nos lecteurs un aperçu de ces quatre journées de travail si bien remplies, en commençant par l'assemblée générale d'ouverture, qui s'est tenue le vendredi 10, à 2 heures de l'après-midi, dans la grande salle de dentisterie opératoire du rez-de-chaussée, transformée pour la circonstance.

Cette séance fut ouverte par M. Justin Godart, sous-secrétaire d'Etat du Service de santé.

Celui-ci était assisté des membres du Comité de patronage ou de leurs représentants : le ministre de la Marine, représenté par le général Jan, les ministres de la Guerre et de la Marine britanniques, représentés par le colonel Sir W. Herringham, médecin consultant des armées, et le major général Sir Anthony Bowtby chirurgien consultant de l'armée de mer ; le lieutenant Bebb, chirurgien-dentiste, représentant les confrères de l'armée et de la marine britanniques ; MM. Campion et Pearce, représentants de la British Dental Association ; le ministre de l'Instruction publique d'Italie, représenté par M. le prof. Chiavaro, et le ministre de la Guerre d'Italie, représenté par M. le prof. Perna ; Musumeci, Proia, Zunini, délégués du ministre de l'Instruction publique d'Italie ; Guerini, représentant la Fédération dentaire nationale italienne, Maggioni, président de la Fédération stomatologique d'Italie ; le président du Conseil, ministre de la Guerre de Belgique, représenté par MM. Watry et Viaene et Schneider le ministre de la Guerre de Portugal, représenté par M. Bayao ; l'ambassadeur de Russie, représenté par M. le Dr Erasm L. Guedgovd, médecin en chef de la Marine ; M. Juo Chagis, ministre du Portugal à Paris ; MM. Paul Strauss, sénateur ; Mesureur, directeur de l'Assistance publique ; des vice-présidents d'honneur : MM. le médecin inspecteur général Février, président du Comité consultatif de Santé ; le médecin-inspecteur général Chavassu, directeur général du Service de santé du Groupe des armées d'opérations ; le médecin inspecteur Sieur, directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris ; le médecin-général Machenaud, chef du Service central de santé au ministère de la Marine ; le médecin inspecteur Simonin, directeur adjoint au

ministère de la Guerre, le médecin principal de 1re classe Arnaud, sous-directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, représentaient également le Service de santé de la Guerre et du Gouvernement militaire de Paris ; le colonel représentant le gouverneur militaire de Paris, qui s'était excusé.

Avaient pris place aussi sur l'estrade : MM. les Docteurs Lebel, médecin-chef de l'Hôpital général canadien de Saint-Cloud ; Burlureaux, médecin-chef de l'hôpital Saint-Nicolas, d'Issy-les-Moulineaux ; Roullins, médecin militaire ; Dr Maréchal, maire du 8e arrondissement ; Mme Cruppi, prés dente de l'Ecole Rachel.

MM. le prof. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, malade ; Barthou et Doizy, députés, s'étaient fait excuser.

Le Comité d'organisation du Congrès, ainsi que le Bureau de ce comité, entouraient également le Comité de patronage. Ce Comité et ce Bureau ont été maintenus à l'unanimité.

Ce Bureau était composé de MM. Charles Godon, président ; J. d'Argent, Barden, Bioux, Blatter, Bayao (Portugal), Campion (Angleterre), Chiavaro (Italie), Fontanel, Frey, Guerini (Italie), colonel Hume de l'armée canadienne ; Jeay, P. Martinier, Pont, Pearce (Angleterre), Perna (Italie), Quaterman, Roy, Sauvez, Watry (Belgique), Viaene (Belgique), vice-présidents ; G. Villain, secrétaire-général ; H. Villain, trésorier ; André, Crocé-Spinelli, Raton, Ruppe, secrétaires.

Le secrétaire général, M. G. Villain, a d'abord donné lecture de la correspondance, comprenant notamment des lettres d'excuses de l'Ambassadeur du Japon, du général Dubail, Gouverneur militaire de Paris, des Préfets de la Seine et de Police, du Maire du 9e arrondissement, de M. Doizy, député, du Prof. Desgrez, un télégramme de la délégation de 20 membres anglais retardés à Folkestone par l'état de la mer, un télégramme de la Coopérative dentaire de Pétrograd adressant des vœux de succès au Congrès, enfin des excuses de nombreux confrères empêchés.

Puis le président du Congrès, M. Ch. Godon, a souhaité la bienvenue aux congressistes, a remercié le Comité de patronage, le président et les vice-présidents d'honneur, et a exposé l'historique de la création des services dentaires dans l'armée et la marine, embryonnaire depuis 1907 et devant aboutir, sous la pression des besoins et des événements, et grâce à l'appui rencontré auprès de M. Justin Godart et de l'amiral Lacaze, à la création des dentistes de l'armée de terre et de l'armée de mer et des centres de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale.

Le secrétaire général a donné lecture de son rapport. Il a rappelé la genèse et l'organisation du Congrès ; remercié tous ceux qui y ont collaboré, insisté sur la nécessité d'une discipline par-

faite pour assurer la bonne marche de la réunion, adressé un salut à ceux de nos confrères que leur devoir empêchait d'assister à la réunion et adressé un souvenir ému à tous ceux, trop nombreux, hélas ! qui sont tombés au champ d'honneur et il a adressé de vives félicitations aux très nombreux professionnels qui se sont signalés par des actions d'éclat et ont reçu la Légion d'honneur, la médaille militaire ou la croix de guerre en récompense.

Le trésorier, M. Henri Villain, a fait connaître la situation financière et indiqué que le montant des souscriptions a atteint 22.000 francs au 10 novembre.

M. Blatter, président de la Fédération dentaire nationale, a montré le rôle actif joué par la Fédération auprès des pouvoirs publics pour obtenir la constitution d'un corps de praticiens dentistes dans l'armée de terre et dans l'armée de mer. Il a exprimé la reconnaissance de la profession à l'amiral Lacaze et à M. Justin Godart pour s'être faits les champions de cette réforme si utile, si nécessaire.

M. le prof. Chiavaro, de Rome, délégué du Gouvernement italien et de la Croix-Rouge italienne, prit la parole au nom de toutes les sociétés dentaires et de tous les dentistes des pays alliés, pour souhaiter plein succès au Congrès, féliciter les praticiens français de l'avoir organisé et saluer par avance les progrès dont il permettra la réalisation dans l'organisation des services dentaires et dans le traitement des blessures des maxillaires.

M. Justin Godart, président d'honneur, dans un discours fréquemment interrompu par les applaudissements de la nombreuse assistance, a rendu hommage aux services rendus par le corps dentaire aussi bien dans la zone des armées qu'à l'intérieur. Il a exposé les résultats remarquables obtenus par les chirurgiens spécialisés et les dentistes dans la réparation des blessures faciales qui sont parmi les plus terribles de toutes et félicité les organisateurs du Congrès d'avoir provoqué l'unité de travail scientifique entre les nations alliées. Il a promis de réaliser dans la mesure du possible les vœux du Congrès.

M. le prof. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, souffrant, n'a pu assister à la séance, mais M. le Prof. Sebileau a donné lecture, en son nom, d'une note qu'il avait préparée sur *les leucoplasies commissurales et jugales contrôlées*, qu'on trouvera plus loin.

M. le professeur Pierre Sebileau, membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux, a fait une très savante conférence, écoutée par l'assemblée avec la plus grande attention, conférence qui a porté sur la cicatrisation naturelle et le traitement des fractures des maxillaires et que nous reproduisons ci-après.



Séance de présentations du vendredi matin 10.

Le programme, comme on sait, comprenait une séance de presentations de malades, d'appareils et de démonstrations le vendredi matin 10 novembre, à 8 heures.

Cette séance, très suivie, a tout de suite indiqué les progrès considérables réalisés dans la technique si passionnante des restaurations prothétiques maxillo-faciales. De nombreux blessés et divers appareils furent présentés, plusieurs démonstrations eurent lieu, notamment sur les méthodes dynamiques et physiothérapiques employées dans le traitement de la constriction des mâchoires. Enfin l'exposition fut, cette matinée, transformée en une salle de présentations particulièrement attrayante.



Séance plénière du samedi matin 11.

Cette séance comprenait deux parties, la première à 8 heures, consacrée à L'ACTION DU DENTISTE DANS LES JOURS QUI SUIVENT LE TRAUMATISME, avec deux rapports, l'un de M. Blot, sur le *traitement des blessés des maxillaires dans la zone des armées*, l'autre de M. Pont sur le *traitement immédiat des fractures des maxillaires* et cinq communications: Dufourmental, Frison et Brunet, *chirurgie et prothèse maxillo-faciales immédiates dans un service d'armée (moulages et photographies)* ; Miégeville (R.), *Traitement chirurgical immédiat des blessures récentes de la face ;* Caumartin et Lalement, *Utilité d'attendre un certain degré de consolidation avant de réduire quelques fractures du maxillaire inférieur ;* Kazanjian (Angleterre), *Traitement précoce des blessures de la face et des maxillaires ;* Roy, *Conduite à tenir au sujet des dents voisines des traits de fractures.*

De ces communications et de la discussion générale qui a suivi on peut tirer la conclusion unanimement admise que les spécialistes devraient être appelés à donner leurs soins immédiatement après la blessnre en collaboration intime avec le chirurgien dont l'intervention d'urgence consiste à extraire les esquilles libérées et à drainer largement le foyer et tous les orateurs souhaitèrent qu'on dirige rapidement les blessés des maxillaires et de la face sur les centres spéciaux.

La 2e partie commença à 10 h. 15 ; elle fut consacrée au DYNAMISME (rééducation physiologique) et comprenait deux rapports, l'un de MM. Frey et Koindjy sur la *constriction des mâchoires*, l'autre

de M. Lebedinsky sur la *pathogénie et le traitement de l'occlusion des mâchoires*, avec quatre communications : Besson, *Traitement des constrictions des mâchoires consécutives à des blessures de guerre;* Gernez, *Considérations sur les trismus et leur traitement ;* Choquet, *Le massage électrique dans le traitement des brides cicatricielles comme préparation et comme suite à l'intervention chirurgicale ;* Imbert et Réal, *Nature et traitement de la constriction des mâchoires consécutives aux blessures de guerre.*

De cette séance peut également être tirée cette conclusion : les méthodes de traitement des constrictions doivent être douces et progressives.

***

Séance plénière du samedi 11 après-midi.

Cette séance comprenait deux parties : la première à 14 heures. consacrée à la RÉDUCTION ET CONTENTION MÉCANIQUE DES FRACTURES, avec 3 rapports, l'un de M. Roy sur les *fractures rétro-dentaires*, l'autre de MM. Roussel et Darcissac : *la pseudarthrose doit-elle être préférée à une consolidation vicieuse ?* le troisième de M. Jeay sur *l'emploi des appareils extra-buccaux et intra-buccaux dans le traitement des fractures des maxillaires*, et quatre communications : Herpin, *Traitement des fractures des maxillaires inférieurs ;* Sauvez, *Classification du traitement des fractures du maxillaire inférieur et traitement des fractures médianes ou para-médianes;* M. Rubbrecht (Belgique), *Nouvelle méthode de traitement des fractures;* M. Poulio (Serbie), *Traitement des fractures des maxillaires en Serbie.*

Ici tous les auteurs sont d'accord sur la nécessité d'une intervention prothétique précoce ; les méthodes de réduction préconisées varient dans la conception mécanique, toutes tendent à aboutir aussi rapidement que possible à l'immobilisation des fragments pour éviter la pseudarthrose.

La deuxième partie, à 16 heures, consacrée à la RESTAURATION PROTHÉTIQUE, comprenait deux rapports : de M. G. Villain, *Traitement mécanique des pseudarthroses du maxillaire inférieur;* et de M. Ruppe, *Appareils utilisés pour la restauration faciale*, et sept communications : Nuyts, *Fractures des maxillaires et pseudarthroses;* Solas, *Quelques notes sur la prothèse maxillo-faciale ; emploi systématique d'appareils fixes et démontables, leur application dans les cas de pseudarthrose lâches du maxillaire inférieur;* Proïa (Italie), *Contribution au traitement des blessures de guerre et prothèse maxillo-faciale ;* Réal et Gauthier, *Des vices d'engrènement consécutifs aux fractures de la mâchoire inférieure consolidées;* Coulomb et Ruppe,

La prothèse oculo-faciale ; Miégeville (E.-V.), *L'enseignement des restaurations maxillo-faciales par l'image photographique.*

Si le traitement mécanique des pseudarthroses fut considéré comme une phase du traitement général de ces lésions, il fut unanimement déclaré indispensable avant, pendant et après l'intervention chirurgicale. Des appareils fort intéressants furent décrits pour obtenir le rétablissement fonctionnel des pseudarthroses définitives et l'étude du dynamisme et de la cinématique mandibulaire a occupé la place qui lui revenait. Les appareils de prothèse restauratrice furent l'objet d'un remarquable déploiement d'ingéniosité.

***

Séance plénière du dimanche matin 12.

Cette séance, ouverte à 8 heures, était consacrée à L'INTERVENTION COMBINÉE DU CHIRURGIEN ET DU PROTHÉSISTE AUX DIFFÉRENTES PHASES DES TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX.

Elle comprenait deux rapports, l'un de M. P. Martinier : *Des principes prothétiques appliqués au traitement des traumatismes maxillo-faciaux,* l'autre de MM. le prof. Imbert et Réal : *Traitement chirurgical de la pseudarthrose du maxillaire inférieur.*

Elle ne comptait pas moins de douze communications : Pont, 1° *Réduction chirurgicale des fractures du maxillaire inférieur vicieusement consolidées ;* 2° *Indications et technique de la greffe osseuse dans les pseudarthroses du maxillaire inférieur ;* prof. Sebileau et Bonnet-Roy, *L'ostéotomie mandibulaire appliquée aux consolidations vicieuses et irréductibles des fractures balistiques de la mâchoire inférieure ;* P. Robin, *Considérations sur la chirurgie de guerre et la restauration fonctionnelle du maxillaire inférieur dans les fractures avec perte de substance ;* prof. Sebileau et Caboche ; *L'ostéo-synthèse appliquée aux pseudarthroses mandibulaires consécutives aux fractures balistiques de la mâchoire inférieure ;* Lemaître, *Les voies naturelles en chirurgie faciale de guerre ;* Rouget, *Greffes osseuses dans le traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur ;* G. Roussel, *L'action combinée du chirurgien et du chirurgien-dentiste dans les greffes osseuses du maxillaire inférieur ;* Chenet, *Préparation de la cavité buccale en vue d'inclusions ostéo-périostiques dans les pseudarthroses de la mâchoire inférieure ;* H. Lemaire, *Appareils de réduction et de contention des fractures et ostéotomies manbibulaires appliquées dans le service de chirurgie maxillo-faciale de l'hôpital Chaptal ;* Roy et P. Martinier, *Rôle respectif du chirurgien et du dentiste dans le traitement des blessures de guerre des mâchoires ;* Lebedinsky et Virenque, *Traitement des pseudarthroses du maxillaire inférieur par la greffe ostéo-périostique.*

Les diverses méthodes chirurgicales du traitement des pseudarthroses trouvèrent ici leurs partisans, qui tous déclarèrent indispensable la collaboration intime et constante du chirurgien et du prothésiste.

***

Séance plénière du dimanche 12 après-midi.

La séance du dimanche 12 après-midi était divisée en trois parties: la première, à 14 heures, consacrée à LA PROTHÈSE D'ÉDENTÉS PENDANT LA GUERRE, avec deux rapports de M. Barden, *Conservation ou extraction des racines en vue des applications prothétiques chez les inaptes;* et de M. G. Villain, *Question des édentés*, et six communications: P. Robin, *Le coefficient biologique masticatoire;* André, *Organisation de la vie militaire des édentés pendant leur traitement;* Bouchard, *Organisation et fonctionnement des services d'édentés dans la 14e région;* Besson, *La question des inaptes édentés pendant la guerre et en temps de paix;* Frison et Brunet, *Organisation et fonctionnement d'un centre de prothèse militaire d'édentés dans la zone des armées;* Morel, *Les centres de prothèse et les chirurgiens-dentistes militaires à l'armée.*

La deuxième partie, à 15 h. 30, consacrée à LA DENTISTERIE OPÉRATOIRE DE GUERRE, comprenait un rapport de M. Sauvez : *Rôle et organisation des cabinets dentaires de garnison* et deux communications : Fléchet et Hollande, *Organisation et fonctionnement des services de stomatologie dans la 14e région;* Hugot, *Organisation du service de stomatologie à l'armée.*

La troisième partie, à 16 heures, consacrée à L'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE POUR LA GUERRE ET L'APRÈS-GUERRE, comprenait deux rapports : le premier de M. Godon. *Organisation générale des services dentaires dans l'armée et le rôle du dentiste* ; le second de M. Frey, *Nécessité d'une organisation d'après-guerre pour le renouvellement et l'entretien des appareils de prothèse restauratrice.* Elle comptait cinq communications: prof. Chiavaro (Italie), *Les services pour les blessures des maxillaires et des maladies dentaires dans l'armée et la Croix-Rouge en Italie;* Chompret, *Organisation des services de stomatologie dans la 20e région;* prof. Perna (Italie), *Organisation du service de traitement des fractures du maxillaire et des affections dentaires dans la zone de guerre ;* Bruschera, *Les services dentaires aux armées*; Sicard et Fourquet, *Fonctionnement actuel du centre de chirurgie et de prothèse dentaires de l'hôpital d'évacuation d'Oudja et le service dentaire militaire dans les corps expéditionnaires et d'occupation coloniale après la guerre.*

Cette séance apporte de nombreux éclaircissements sur les fonctionnements particuliers des services et elle contribuera à l'organisation rationnelle des divers services.



Séances des sections du lundi matin 13.

Trois sections avaient été prévues et désignées par les lettres A. B. C. ; elles se sont tenues à 8 heures du matin simultanément dans des salles différentes.

Section A.

La section A était divisée en trois parties : l'une était consacrée à la RÉDUCTION ET CONTENTION MÉCANIQUE DES FRACTURES, et comptait 19 communications : Imbert et Réal, a) *Traitement prothétique des fractures latérales de la mandibule;* b) *Fractures de la branche montante du maxillaire inférieur* ; Raton, *deux fractures du maxillaire inférieur traitées par la force inter-maxillaire*, prof. Perna (Italie). *Cas intéressants de fractures des maxillaires en temps de guerre* ; Gernez, *Réflexions sur le traitement des fractures du maxillaire* ; prof. Chiavaro (Italie), *Notes sur le traitement des blessures des maxillaires* ; Bozo, *Deux fractures pathologiques du maxillaire inférieur* ; Guerini (Italie), *Remarques sur le traitement des fractures et des mutilations maxillaires* ; Duchange, 1° *Méthode de traitement des fractures du maxillaire en 2 temps* ; 2° *nouvel arc d'urgence* ; Caumartin et Lalement, *Appareil dit « à potence » pour la réduction des fractures du maxillaire inférieur* ; Chenet, 1° *Réduction automatique et maintien des fractures du maxillaire inférieur avec chevauchement des fragments sans perte de substance, par appareil à expansion continue* ; 2° *Traitement de l'atrésie et des brides buccales par appareils dilatateurs* ; Pont et Bimes, *Modifications à l'arc d'Angle dans la réduction et la contention des fractures* ; Darcissac, *Les ligatures métalliques dans le traitement des fractures des maxillaires* ; Fargin-Fayolle, *Fracture du maxillaire inférieur* ; Fabret, *Deux fractures du maxillaire inférieur*, Lambert, *Fracture du maxillaire supérieur par une balle de fusil* ; G. Villain, *Traitement physiologique des fractures et des luxations du maxillaire inférieur* (*traitement des fractures du maxillaire inférieur lorsque les points d'appui dentaire font défaut à l'un des fragments*).

La seconde partie de la section A, consacrée à l'INTERVENTION COMBINÉE DU CHIRURGIEN ET DU PROTHÉSISTE AUX DIFFÉRENTES PHASES DU TRAITEMENT DES TRAUMATISMES MAXILLO-FACIAUX, comptait 4 communications : Gauthier et Lheureux, *Troubles de*

la sensibilité objective dans les fractures récentes et anciennes de la mâchoire inférieure ; Imbert et Lheureux, *Greffes cartilagineuses hétéroplastiques dans le traitement des cicatrices vicieuses de la face et du crâne*; Pont et Peyter, *Thérapeutique du tissu cicatriciel consécutif aux blessures de guerre*; Roy, *Traitement des cicatrices et brides cicatricielles intra-buccales.*

La 3e partie de la section A, consacrée à la RESTAURATION PROTHÉTIQUE, comptait 3 communications: Fabret, *Quinze cas de fracture crânienne* ; Fourquet, *Prothèse restauratrice tardive du maxillaire inférieur par réduction lente*, Salmen, *Cas de prothèse cranienne.*

Dans cette section les auteurs, se soumettant à une discipline rigoureuse, exposèrent succinctement leurs idées personnelles. Cette méthode de travail eut pour résultat une séance particulièrement intéressante et fructueuse pour les auditeurs.

Section B.

La section B était également subdivisée en 3 parties.

La première était consacrée à l'ACTION DU DENTISTE DANS LES JOURS QUI SUIVENT LE TRAUMATISME et comptait 4 communications: Morel, *Antisepsie d'urgence dans les blessures des maxillaires et des parois buccales*; Terrier, *La fronde plâtrée comme moyen de fixation générale des appareils de traction des fragments de maxillaire*; Cagnoli, *Observations sur le traitement immédiat du blessé dans une ambulance du front*; Bloch, *Conditions d'évacuation des blessés de la face.*

La 2e partie, consacrée au DYNAMISME, comptait 3 communications : Ferrand, *Quelques réflexes dans le traitement de certaines constrictions des mâchoires* ; Delguel, *Dilatateur gradué; notes sur le traitement des trismus* ; Chenet, *Traitement des cicatrices cutanéo-muqueuses de la face par appareils d'ionisation.*

La 3e partie comptait 9 communications sur des sujets divers: Morche, *Rôle des dentistes pendant la guerre*; Ferrand, *Emploi de la radiographie dans les fractures des maxillaires* ; Devauchelle, *Injecteur électrique dentaire* ; Morel, *Méthode de radiologie mensuratrice permettant de baser sur des données exactes la réalisation pratique et rapide des prothèses nécessitées par les blessures de guerre* ; Robinson, *Travaux des chirurgiens-dentistes de la Croix-Rouge britannique à Paris depuis octobre 1914 jusqu'à ce jour*; Brenot, *Appareil vibro-extenseur applicable à l'assouplissement et à la dilatation des cicatrices des lèvres et des joues* ; Raynal, *Rééducation professionnelle des mutilés de guerre* ; Lambert, *Perforation du sinus maxillaire par un éclat de shrapnell* ; Leclerc et Coutif,

Emploi de la méthode aspiratrice dans un centre dentaire pour le traitement des caries pénétrantes.

Ces communications, dont certaines furent très brillantes, ont fait l'objet de discussions fort intéressantes, et nous devons signaler le remarquable exposé de M. Herpin sur l'*Ostéogénèse* lors de la discussion de la communication de M. Ferrand, qui était accompagnée de nombreuses projections sur cette question.

Section C.

La section C était subdivisée en 3 parties.

La 1re, consacrée à LA PROTHÈSE D'ÉDENTÉS PENDANT LA GUERRE, comprenait 10 communications : Le Quellec, *Préparation de la bouche chez les militaires en vue d'une prothèse dentaire* ; Schaefer, *Résection des bords alvéolaires dans la préparation de la bouche en vue d'une prothèse* ; Cramer, *Préparation de la bouche en vue de la pose d'appareils prothétiques* ; Darcissac (M.), *Masticateurs en aluminium. Technique permettant leur généralisation en prothèse dentaire militaire* ; Fabret, *L'appareil de l'édenté combattant* ; Caillon, *Fonctionnement d'un centre d'édentés :* Greffier, 1° *Conservation ou extraction des racines en vue des applications prothétiques chez les inaptes* ; 2° *la question des édentés* ; Nevejans, *La prothèse aux postes divisionnaires, Hospitalisation des hommes pendant la préparation de la bouche* ; Bonnafoux, *Prothèse militaire et organisation des services dentaires aux armées.*

La 2e partie, consacrée à l'ORGANISATION DES SERVICES DENTAIRES DANS L'ARMÉE POUR LA GUERRE ET L'APRÈS-GUERRE, comprenait aussi 10 communications : Lassudrie, *A propos de l'organisation des services stomatologiques de l'intérieur* ; Francis Jean, *Utilisation des dentistes civils pour les besoins de l'armée* ; Sauvez, *Organisation générale des services dentaires dans les régions* ; Cartier, *Fonctionnement des services dentaires dans le... corps d'armée* ; Lévy, *Un service dentaire au front* ; Eudlitz, *Rôle du dentiste à l'avant, ce qu'il doit être* ; Gaumerais, *Le service dentaire dans la zone de l'armée* ; Morhange, *Réflexions sur l'organisation du service dentaire dans l'armée* ; Mussat, *L'hygiène buccale dans l'armée* ; Arnold, *Fonctionnement d'un centre de prothèse d'armée.*

La 3e partie consacrée à la DENTISTERIE OPÉRATOIRE DE GUERRE, comptait également 10 communications ; Bornand, *Organisation du service dentaire à l'avant et services rendus par cette organisation dans deux divisions alpines* ; Bourgeois, *Les lésions dentaires et buccales dans les formations de l'avant. Amélioration et transformation du matériel* ; Proïa (Italie), *Traitement dentaire dans les hôpitaux militaires territoriaux de Rome* ; Gaignon, *Pratique de l'art*

dentaire au front ; Guiard, *Fonctionnement du service dentaire dans la zone des étapes* ; Cramer, *Technique à suivre sur le front après extractions multiples pour obtenir une cicatrisation rapide et éviter les accidents post-opératoires* ; Fournier, *Fonctionnement d'un cabinet dentaire dans un centre d'instruction* ; Monick, *La dentisterie opératoire dans le service dentaire d'un groupe de brancardiers* ; Letierce, *Deux ans de fonctionnement d'un service dentaire dans un quartier général de corps d'armée.*

Dans cette séance, où chacun exposa ses vues personnelles sur l'organisation des services dentaires dans l'armée, les discussions furent nombreuses et chaleureuses ; mais tous les orateurs conclurent à la nécessité urgente d'une organisation dentaire autonome, et leurs conclusions ont souvent abouti à des vœux.



Assemblée générale de clôture

La séance de clôture a eu lieu le lundi 13, à 14 heures. Elle était présidée par M. Paul Strauss, sénateur, membre de l'Académie de médecine, président du conseil supérieur de l'Assistance publique de France.

L'ordre du jour portait : présentation et adoption des vœux, discours du président, allocution des délégués des pays alliés, allocution du secrétaire-général.

Dans son allocution le secrétaire-général a constaté le succès du Congrès, rappelé la séance d'ouverture, particulièrement brillante, esquissé une comparaison avec le Congrès international de 1900, ajoutant que la réunion de 1916 marquera une date dans l'histoire professionnelle. C'est par leur réunion que les professionnels, a-t-il conclu, rendront le maximum de services, il faut conserver cette union après la guerre.

La partie essentielle du programme consistait, on le comprend, dans les vœux à émettre, dont la plupart doivent faire l'objet de nouvelles démarches auprès des pouvoirs publics.

Nous reproduisons ces vœux ci-après.



Exposition

Au Congrès était annexée une exposition, organisée dans les locaux du Stage, au 2e étage. Cette exposition a été fort remarquée. Les visiteurs y furent constamment très nombreux. Les confrères des pays alliés ont largement contribué à son succès et la plupart des centres de prothèse maxillo-faciale y furent bril-

lamment représentés. Nos confrères américains de l'ambulance americaine de Neuilly, ainsi que ceux de l'Harvard Unit et de l'Hôpital stationnaire 13, qui depuis le début des hostilités, se sont dévoués pour la cause des alliés et nos chers blessés, les premiers au service de la France, les seconds au service de l'Angleterre, apportèrent une large et fructueuse collaboration à cette exposition.

Visites aux hôpitaux

Le Congrès a été complété par une série de visites aux hôpitaux qui ont attiré beaucoup de congressistes : Hôpital Chaptal service de M. le prof. Sebileau : Hôpital Michelet, service de l'Ecole dentaire de Paris ; Ecole odontotechnique ; Val-de-Grâce, service de M. le médecin-major Frey ; Ambulance américaine, service de M. Hayes ; Hôpital canadien de St-Cloud. service de prothèse chirurgicale maxillo-faciale. assuré par la collaboration de M. le colonel Roy, chirurgien, et les techniciens de l'Ecole dentaire de Paris, Dispensaire militaire 45 ; ainsi que par la visite du Comité de secours aux blessés des maxillaires et de la face et du Dispensaire militaire 45 (services de l'Ecole dentaire de Paris).

Enfin, le mardi 14, M. le sous-secrétaire d'Etat du Service de santé invita les délégués officiels des pays alliés à visiter les formations sanitaires de la 4e armée, sous la conduite de M. le médecin-inspecteur Béchard, directeur du Service de santé de cette armée, formations qui ont été très admirées. La délégation était accompagnée par M. le médecin-inspecteur Simonin, sous-directeur du Service de santé de la Guerre ; M. le médecin-principal Pacquépée fit les honneurs du laboratoire de recherches bactériologiques et toxicolgiques d'armée qu'il dirige, il captiva nos collègues alliés par ses admirables travaux et ses savantes découvertes qu'il exposa avec une remarquable clarté.

Réceptions

On conçoit que dans les circonstances actuelles les réceptions aient été réduites au strict nécessaire : elles ont été au nombre de deux et n'ont eu lieu que par courtoisie à l'égard des confrères alliés venus au Congrès en grand nombre. Nous sommes convaincus qu'ils ont apprécié la simple, mais cordiale et fraternelle réception qui leur a été faite au Congrès.

Le vendredi 10, au Palais d'Orsay, eut lieu le dîner amical, présidé par M. le médecin-inspecteur Simonin, délégué par le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé. Il réunit plus de deux cents congressistes. Des toasts y furent portés par M. Godon, au président, aux dames présentes et à la prothèse, reine du Congrès ;

M. Perna, délégué du Ministre de la Guerre d'Italie au nom des confrères italiens sous les armes; M. le colonel Burkle, au nom du corps médical anglais ; Proïa et Guerini, au nom des sociétés et confrères italiens ; M. Bayao, au nom des confrères portugais; M. d'Argent, au nom des dentistes canadiens; M. Jeay, au nom de la Société d'Odontologie, initiatrice du Congrès; M. Pont prit la parole au nom des confrères français; M. Blatter remercia le président représentant du Service de santé, et M. le professeur Sebileau, dans une improvisation charmante, clôtura cette soirée, où la plus franche camaraderie remplaça avantageusement la gaîté habituelle de ces réunions.

Un lunch amical, au restaurant Marguery eut lieu le lundi 13, à midi. M. Campion, au nom de ses confrères anglais et de tous les confrères alliés, remercia les membres du Congrès de la cordiale et sensible réception qui leur fut faite, exprimant le regret que l'état de la mer les eût, lui et ses collègues, privés de la première journée de travail du Congrès.

Conclusion

On le voit, le Congrès dentaire inter-alliés a représenté un travail considérable, puisque, indépendamment des 15 rapports et des 126 communications écrites, suivis de discussions, qui y ont été lus, il faut compter les présentations et démonstrations qui y ont trouvé place et l'exposition qui y avait été jointe, ainsi que les visites des hôpitaux.

Le Congrès s'est déroulé dans l'ordre général indiqué par le programme, suivant les adjonctions et modifications nécessaires.

Le grand immeuble de l'Ecole dentaire de Paris, pourtant de proportions si vastes, était presque trop petit pour donner une place suffisante à tous, aux présentations et démonstrations de chacun, et à l'exposition, très réussie.

Les résultats obtenus sont considérables : la technique prothétique spéciale, qui a occupé dans le programme une si large place, s'est enrichie de procédés nouveaux; l'action combinée du chirurgien et du spécialiste a montré les heureux résultats que l'on doit à cette collaboration indispensable et que le congrès contribuera à rendre plus intime, car les uns et les autres s'y sont naturellement instruits.

L'organisation et le fonctionnement des services dentaires et prothétiques à l'avant et à l'arrière ont provoqué de nombreux échanges de vues qui amèneront les correctifs nécessaires. Le corps de dentistes militaires a eu ainsi l'occasion de justifier sa création, de montrer les services qu'il a rendus et qu'on peut

attendre de lui et la considération dont il jouit depuis les quelques mois qu'il a été créé s'en trouvera accrue.

La préparation de cette importante réunion professionnelle a nécessité un travail considérable, des démarches répétées, une volumineuse correspondance et des pas innombrables. Les organisateurs ont droit aux plus grands éloges et aux plus vifs remercîments : la meilleure récompense pour eux est le succès de leur œuvre profitable à tous et qui fera époque dans l'histoire de la science odontologique.

VŒUX ÉMIS PAR LE CONGRÈS [1]

I. — Vœux concernant le recrutement du personnel.

Nous demandons la création dans le Service de santé d'un *corps dentaire hiérarchisé* en tenant compte des connaissances spéciales. Ce corps dentaire sera composé de stomatologistes, de chirurgiens-dentistes, de patentés, d'étudiants et de mécaniciens.

Ne seront considérés comme *stomatologistes* que les Docteurs en médecine ayant exercé effectivement la spécialité deux années au moins avant la guerre ou ayant terminé les études spéciales indispensables qui sont de deux années.

Les *chirurgiens-dentistes* mobilisés, diplômés par les Facultés de médecine françaises, devront être nommés *dentistes militaires.*

Les *patentés* seront tous versés dans les sections d'infirmiers militaires et employés dans les services dentaires ; ils pourront même, à défaut de dentistes militaires, être chefs de service de cabinets dentaires de garnison.

Les *étudiants chirurgiens-dentistes* devront tous être versés dans les sections d'infirmiers militaires. Ils seront infirmiers de visite. Ils seront utililisés en sous-ordre dans les services dentaires, dans la mesure des besoins et en raison du nombre de leurs inscriptions.

Les étudiants atteignant le terme de leurs études pourront, après examen probatoire, être nommés dentistes militaires.

Les *mécaniciens-dentistes* seront tous versés dans les sections

---

1. Ces vœux ont été remis au ministre de la Guerre (Sous-secrétariat d'Etat du Service de santé) par une délégation du Bureau du Congrès.

d'infirmiers militaires. Ils seront utilisés, selon les besoins, dans les centres de prothèse.

Pour constituer ce corps dentaire hiérarchisé et pour affecter aux sections d'infirmiers les patentés, les étudiants chirurgiens-dentistes et les mécaniciens, nous vous prions de bien vouloir donner l'ordre que vous soient fournis les noms de tous les stomatologistes, chirurgiens-dentistes, patentés, étudiants chirurgiens-dentistes, mécaniciens-dentistes présents aux armées et dans les régions, et ce, *sous la responsabilité des chefs de corps.*

II. — Vœux concernant le contrôle.

Ce corps dentaire hiérarchisé devra avoir une existence technique réelle grâce à des *inspections* qui permettront à chacun d'être contrôlé dans ses actes et dans ses besoins.

L'inspection technique existe pour tous les services en général. Pour les services dentaires des régions, elle existe déjà. Elle doit se généraliser aux armées.

III. — Vœux concernant la répartition et les affectations du personnel.

Nous demandons que toutes les dispositions relatives à la *relève,* concernant les officiers du Service de santé, soient applicables aux dentistes militaires ;

que les dentistes militaires ne soient jamais employés *ni* comme *chefs-brancardiers, ni* comme *médecins auxiliaires, ni* comme *adjudants de sections* (voir note explicative [1]) ;

que dans les régiments soient envoyés les dentistes militaires ou, à leur défaut, les étudiants-dentistes (dans les conditions établies plus haut) âgés de moins de 30 ans ;

que dans la division, au corps d'armée et dans les formations mobiles de l'avant soit envoyé le personnel au-dessous de 30 ans ;

que dans les formations non mobiles de l'avant, centres hospitaliers, dépôts d'éclopés, soit envoyé le personnel (service armé), de 30 à 35 ans, y compris le personnel (service auxiliaire) de 21 à 35 ans ;

que dans les formations de l'intérieur soit envoyé le personnel ayant plus de 35 ans d'âge.

IV. — Vœux concernant le fonctionnement des services au front.

Pour conserver les effectifs présents dans les divisions et guérir ceux qui souffrent ;

1. Comme les dentistes militaires exercent continuellement et tout le jour leurs fonctions spéciales, ils ne peuvent en être distraits qu'au détriment du service ou de leur repos.

pour assurer la récupération rapide et définitive des *édentés;*

pour assurer la continuité des besoins, quelles que soient les mutations des corps d'armée et des divisions,

il faut une organisation uniforme, superposable pour toutes les armées ;

nous demandons qu'on attache autant que possible un dentiste à chaque régiment, au train de combat, avec une *trousse suffisante* pour les soins *urgents*. Cette réglementation ne viendra que régulariser ce qui se passe déjà dans nombre de régiments.

Ce service dentaire régimentaire *devra être en liaison* avec le service dentaire divisionnaire.

Nous demandons pour la division une *instrumentation complète* pour *soins complets* et *prothèse d'urgence*. Ce service de prothèse *fonctionnera en liaison* avec le Centre de prothèse de l'armée, dont il dépendra.

Nous demandons au Centre hospitalier l'utilisation de toutes les ressources hospitalières et une instrumentation complète pour permettre le traitement immédiat des blessés des maxillaires (traitement temporaire ou définitif suivant la lésion). Dans les Centres d'éclopés l'instrumentation doit permettre les soins complets et la prothèse d'édentés.

Nous demandons la création temporaire d'une *équipe volante* de renforcement pour le front, comme nous en demandons une pour le territoire. Cette équipe, composée de 5 à 16 techniciens, dépendra du Centre hospitalier de l'armée. Destinée à prêter son concours aux formations surchargées, elle faciliterait la *récupération rapide des édentés.*

Nous demandons pour les blessés maxillo-faciaux la collaboration *immédiate* et constante du chirurgien et du prothésiste, lesquels devront être en liaison

directe,

absolue,

indispensable,

par une réglementation à établir avec les Centres de restauration maxillo-faciale du territoire chargés de poursuivre le traitement.

V. — Vœux concernant le fonctionnement des services dans le territoire.

Un large appel sera fait aux *compétences civiles* ou aux *institutions professionnelles* (Ecoles dentaires reconnues). Elles pourront, à titre bénévole, contribuer au fonctionnement des cabinets den-

taires de garnison, des centres d'édentés et des centres maxillo-faciaux (voir annexe I : *Résolutions* adoptées par la Commission supérieure consultative du Service de santé).

L'adjoint technique de stomatologie de la région devra être obligatoirement consulté par les *Commissions de convalescence* pour les blessés maxillo-faciaux.

Pour ces blessés également *tout dossier de réforme* devra être soumis à l'adjoint technique. Quand son avis différera de celui du conseil de réforme, il devra être entendu.

Nous demandons que pour :

le fonctionnement des cabinets dentaires de garnison (voir annexe II : *Conclusions du rapport de* M. Sauvez) ;

le fonctionnement des centres d'édentés (voir annexe III : *Conclusions du rapport de* M. G. Villain) ;

les pouvoirs publics s'inspirent des conclusions des rapports présentés au Congrès.

Nous demandons pour les édentés du territoire comme pour ceux du front une *équipe volante* de renforcement de dentistes militaires et mécaniciens (*création temporaire*). Les techniciens de cette équipe dépendraient par exemple du Centre de Paris et seraient envoyés dans tous les centres ayant besoin de leur concours pour assurer la rapidité de l'appareillage.

VI. — Vœux concernant l'après-guerre.

Nous invitons les pouvoirs publics à prévoir pour l'après-guerre l'organisation susceptible d'assurer la continuation des soins dentaires dans l'armée, ainsi que le renouvellement et l'entretien de la prothèse restauratrice, en application de la circulaire ministérielle du 2 juin 1916 (voir annexe IV : *Vœux du rapport de* M. Frey et annexe V : *Vœux du rapport de* M. Godon).

Documents annexes.

Annexe I.

Résolutions proposées par M. le sénateur Strauss et adoptées par la Commission supérieure consultative du Service de santé.

Extraites du rapport de M. Reinach, rapporteur de la Commission supérieure consultative du Service de santé (*Journal officiel* du 10 mars 1915, pages 1260 à 1268).

La Commission a adopté également la résolution suivante :

1° La Commission exprime l'avis qu'un chirurgien-dentiste soit affecté dans chaque régiment à un service dentaire ;

2° Qu'un essai d'automobile dentaire soit effectué dans un corps de troupe ;

3° Que dans la zone de l'intérieur il y ait une utilisation intensive des écoles dentaires ;

4° Que les chirurgiens-dentistes et, d'une manière plus générale, le personnel qualifié (pharmaciens, étudiants en médecine) qui n'ont pas encore reçu une destination médicale forment le contingent des infirmiers militaires.

Annexe II.

VŒUX EXTRAITS DU RAPPORT DE M. SAUVEZ.

VŒUX ET RÉSOLUTIONS A SOUMETTRE A M. LE MINISTRE DE LA GUERRE.

(Sous-secrétariat d'Etat du Service de santé).

I. — Le chef de service du Cabinet dentaire de garnison doit soigner d'abord et avant tout les combattants et les hommes récupérables.

En conséquence il doit :

1° Soigner les soldats valides venant des dépôts ou camps d'instruction avant les malades et les blessés, leur donner des soins d'urgence, le maximum des soins dans le minimum de temps ;

2° Appliquer la thérapeutique complète aux malades ou blessés qui doivent rentrer dans le rang ;

3° Soigner les hommes perdus pour la Défense nationale aussi complètement que les nécessités du service le permettront, mais après les soldats valides et les blessés ou malades récupérables.

II. — Le chef de service du Cabinet dentaire de garnison doit faire des visites dans les formations sanitaires de la Place à laquelle il est affecté, à intervalles réguliers et d'autant plus rapprochés que le mouvement des entrants est plus considérable dans cette Place.

Il doit se présenter au médecin-chef de la formation pour s'entendre avec lui au sujet des jours et heures de ces visites et examiner, de concert avec les médecins traitants, les malades ou les blessés récemment entrés, afin de soigner leur bouche dès que leur état général le permet, ce dont le médecin traitant est seul juge.

Il doit pratiquer aussitôt que possible les extractions et les obturations indiquées et veiller à ce que les malades et les blessés soient munis, s'il y a lieu, d'appareils de prothèse, afin que les hommes qui sortent guéris de l'hôpital ne commencent pas une nouvelle période d'inaptitude comme édentés.

Les chefs de service des Cabinets dentaires de garnison feront un compte rendu succinct de ces visites, qui sera joint au rapport décadaire.

Les médecins-chefs de place et les médecins-chefs des formations sanitaires veilleront, chacun en ce qui le concerne, à ce que les prescriptions soient suivies et en faciliteront l'exécution.

III. — Les femmes employées à un titre quelconque par l'autorité militaire n'ont droit qu'aux soins d'urgence, c'est-à-dire extractions et pansements.

IV. — Chaque fois qu'il sera possible, le chef de service du Cabinet dentaire de garnison donnera des soins dentaires complets, mais en aucun cas ni le service ni l'instruction militaire ne doivent en souffrir et le départ des hommes ne doit jamais être retardé pour les soins dentaires.

V. — Des appareils de prothèse dentaire pourront, comme il a été dit dans l'instruction 8119-3/7, être attribués à des hommes du service auxiliaire considérés par les médecins-majors chefs de service comme pouvant être rendus aptes au service armé par l'appareil de prothèse.

Ces hommes seront présentés devant une Commission de réforme dans les trois mois suivants, si toutefois les médecins-majors chefs de service jugent que leur état général s'est suffisamment amélioré grâce à l'appareil.

Les hommes ayant dépassé l'âge de 45 ans pourront être munis d'appareils s'ils présentent une note au médecin-chef de service de leur formation indiquant qu'ils sont désignés pour partir au front.

VI. — Les militaires qui viennent consulter doivent recevoir des notions élémentaires d'hygiène dentaire.

Des conférences sur l'hygiène dentaire devront être faites par l'adjoint technique de stomatologie ou par les chefs de service des cabinets dentaires de garnison aux jeunes soldats de la classe 1918.

VII. — Les officiers blessés ou malades ont droit aux soins dentaires complets ; ils pourront recevoir ces soins dans les cabinets dentaires de garnison, en dehors de la matinée par semaine fixée par l'instruction du 9 juin 1916, si le temps nécessaire pour les soins dentaires des hommes le permet.

VIII. — Les chefs de service des Cabinets dentaires de garnison seront autorisés à remettre gratuitement une brosse à dents à certains militaires consultants ; ils devront justifier la dépense au moyen d'un livre spécial pour donner reçu. Ces brosses à dents ne seront pas achetées sur place, mais seront fournies par le magasin central du Service de santé, sur demande régulière.

IX. — Les chefs de service des Cabinets dentaires de garnison doivent être, en principe, des dentistes militaires.

X. — Un livre d'enregistrement de la correspondance doit être tenu dans chaque Cabinet dentaire de garnison ; de plus, un registre spécial, dit livre des édentés, sera tenu également pour noter la date de chacune des opérations (envoi de la demande, réception de l'autorisation, date de la fin des extractions, date à laquelle la gencive est cicatrisée), ainsi que les renseignements militaires nécessaires au sujet de chaque édenté relevant du Cabinet dentaire de garnison.

Les évacuations des hommes à appareiller sur le centre d'édentés

doivent être organisées par l'adjoint technique de stomatologie de la région.

XI. — Une femme sera affectée comme aide aux Cabinets dentaires de garnison.

XII. — L'installation et l'organisation d'une région, rentrent dans les attributions de l'adjoint technique de stomatologie régional. Les demandes de matériel, mobilier, outillage, etc., doivent être examinées, visées et ordonnées par lui avec la collaboration de l'officier gestionnaire du Centre.

Annexe III

Conclusions extraites du rapport de M. G. Villain.

Vœux et résolutions a soumettre a M. le Ministre de la Guerre.

(Sous-secrétariat d'Etat du Service de santé.)

La question des édentés doit être envisagée comme une question d'ordre d'hygiène nationale, militaire et économique.

Au point de vue militaire :

I. — L'appareillage des édentés doit avoir pour unique but la récupération immédiate des édentés et le maintien des effectifs ; c'est donc un traitement curatif dans le premier cas, préventif dans le second.

II. — Au point de vue militaire, on doit entendre par édenté tout homme dont la denture ne permet pas un coefficîent de mastication suffisant pour assimiler sa ration.

L'appréciation de la puissance de mastication du soldat ne devra pas être arbitraire.

En conséquence,

1° il est indispensable de déterminer

par un coefficient de mastication, officiellement adopté, la valeur fonctionnelle de la denture individuelle ; ce coefficient doit être basé sur la valeur et l'utilisation fonctionnelle de chaque dent ou groupe de dents;

2° Dans les cas particuliers où l'état général du soldat peut nécessiter l'application d'une prothèse fonctionnelle, alors que la denture ne présenterait pas un coefficient de mastication inférieur à celui officiellement adopté, le médecin-chef de la formation motivera la demande d'appareils ;

3° Il en sera de même pour les pertes de dents par traumatisme en service commandé ou à la suite d'affection pathologigue contractée au service du pays.

III. — Les appareils de prothèse fonctionnelle doivent être délivrés à tous les hommes dont la mastication est insuffisante, quelle que soit leur classe, leur catéogrie (service armé, service auxiliaire) ou leur fonction militaire (combattants, manœuvres, sédentaires).

L'appareillage doit commencer par celui des hommes qui sont les plus utiles à la défense effective (combattants).

Les officiers, sous-officiers, militaires rengagés, ainsi que les employés et ouvriers militaires dont la solde, les appointements ou les salaires mensuels sont supérieurs à 200 francs, ne peuvent recevoir des appareils de prothèse qu'aux conditions ci-dessus énoncées : mais les appareils ne leur seront fournis qu'à titre remboursable, suivant un tarif officiellement établi.

IV. — Pour assurer l'appareillage rapide et définitif des édentés, il est indispensable :

1° De procéder d'urgence au recensement des édentés, afin d'organiser immédiatement leur appareillage curatif ou préventif. Celui-ci doit être terminé rapidement si l'on veut qu'il soit effectif au point de vue de la défense militaire;

2° A cet effet, des techniciens en nombre suffisant doivent être mis en mesure de procéder à l'appareillage à l'avant et à l'arrière, de tous les édentés recensés ;

3° Cet appareillage doit être terminé en quelques mois (six au maximum).

V. — L'appareillage des édentés recensés terminé, les techniciens seront renvoyés aux armées, où un chirurgien-dentiste, affecté à chaque régiment en campagne, pourrait assurer l'entretien buccal des hommes, et, évitant ainsi de nouveaux édentés, on assurerait le maintien des effectifs par réduction du nombre des indisponibilités de causes dentaires.

L'appareillage pour le maintien aux armées ou la récupération des édentés terminées, 200 à 250 techniciens maintenus dans les centres d'édentés pourraient assurer, sur le territoire, l'appareillage préventif des hommes arrivant au corps, et, à l'avant. l'appareillage curatif des éclopés d'origine dentaire.

VI. — A l'arrivée au corps, tout homme nouvellement appelé (classes jeunes ou anciennes, récupérés), doit passer une visite dentaire et sa bouche doit être mise en état avant son départ, pour éviter de futures indisponibilités, évacuations ou hospitalisations.

VII. — Pour permettre l'appareillage rapide, les centres d'édentés doivent être conduits comme des entreprises industrielles, les techniciens répartis en équipes dans lesquelles chaque élément est spécialisé ; chaque équipe est placée sous la direction d'un chirurgien-dentiste et le centre est dirigé par un chirurgien-dentiste prothésiste dont les études et le diplôme que l'Etat lui a délivré, après examen comportant des épreuves de prothèse, garantissent la compétence spéciale.

VIII. — La préparation technique de la bouche et la confection des appareils doivent être réglementées pour assurer, par l'uniformité des vues et des méthodes, l'efficacité de la réforme.

La préparation de la bouche, dépendant en grande partie des condi-

tions d'appareillage, doit être faite suivant les indications individuelles fournies par le service des édentés.

Pour éviter tout abus et pour faciliter le contrôle, les appareils ne doivent être délivrés que sur autorisation du Service de santé, mais pour simplifier les formalités et ne pas retarder l'appareillage général des troupes, les propositions doivent être faites par le service de garnison chargé de rechercher les édentés. Les demandes seront faites collectivement par le chef du service des édentés, responsable, après examen par lui des hommes proposés. Chaque homme figure sur le bordereau de demandes d'autorisations avec ses indications militaires personnelles et son coefficient de mastication.

Les autorisations sont retournées au Service de santé avec les certificats de convenance signés des récipiendaires. Les appareils délivrés sont portés à l'aide d'un cachet au livret militaire individuel et copie de cette inscription est adressée au corps pour être jointe au livret matricule de chaque homme.

L'homme est responsable des appareils qui lui sont délivrés.

IX. — Pendant leur traitement, les édentés doivent être utilisés ; s'ils ne peuvent l'être au corps, des emplois spéciaux leur seront réservés à proximité du centre où ils sont en traitement. Ceux qui appartiennent à des unités dont le cantonnement est éloigné du centre où ils doivent être traités, seront mis en subsistance dans une unité voisine de ce centre.

X. — Pour donner au centre d'édentés la puissance de rendement nécessaire, pour permettre l'utilisation productive des édentés pendant leur traitement, pour faciliter le contrôle et la comptabilité, ces centres doivent être peu nombreux, mais largement pourvus en personnel et en matériel, la centralisation du personnel technique et du matériel devant fatalement aboutir à des économies de temps, d'énergie et de matière.

Un centre par région sur le territoire et une organisation adéquate à l'avant avec une constitution d'équipes volantes de renforcement[1] peuvent permettre de suivre le programme que nous avons tracé.

Annexe IV

Nécessité d'une organisation d'après-guerre pour le renouvellement et l'entretien des appareils de prothèse restauratrice.

Extrait du rapport de M. Léon Frey,

I. — Tout mutilé a droit à l'allocation gratuite de l'appareil.

II. — L'appareil doit être réparé, entretenu et remplacé après usure, aux frais de l'Etat, la vie durant de l'intéressé.

1. Voir dans les vœux généraux : Veux IV « Concernant le fonctionnement des services au front » paragraphe 5 ; et vœux V « Concernant le fonctionnement des services dans le territoire » paragraphe 5.

Tels sont les deux articles essentiels de l'ordonnance ministérielle du 2 juin 1916.

Donc il y a lieu de prévoir une organisation d'après-guerre pour le renouvellement et l'entretien des appareils de prothèse restauratrice.

Cette prothèse, qui s'est imposée dans le présent, ne peut être négligée dans l'avenir. C'est une question d'humanité et de justice : c'est aussi l'intérêt de l'Etat.

Nous appareillons non seulement les grands mutilés qui restent des infirmes, mais aussi les fracturés alvéolo-dentaires qui retournent aux armées ou plus rarement passent dans l'auxiliaire.

Les grands mutilés sont réformés n° 1, généralement avec gratification renouvelable ; ces réformés sont revisables tous les deux ans. Toute aggravation de l'état local du blessé entrainant une majoration de taux d'invalidité, il faut que, par notre prothèse surveillée, entretenue, améliorée, renouvelée, nous évitions l'aggravation ; de même nous devons faire en sorte que le fracturé alvéolo-dentaire ne devienne pas un réformé n° 1.

L'organisation de cette prothèse d'après-guerre devra suivre l'évolution de notre organisation actuelle.

Les centres maxillo-faciaux ont été d'abord au nombre de trois ; puis, en raison des soins toujours très longs et du nombre croissant des blessés, ces centres se sont progressivement multipliés.

Il doit en être ainsi dans l'après-guerre : trois centres resteront en fonctionnement quand tous les autres auront peu à peu épuisé leur contingent de blessés. Ce sont les centres de Paris, Bordeaux et Lyon. Ils s'imposent par les très grandes ressources qui sont à leur disposition : dans ces trois villes où l'élément scientifique est nombreux et de premier ordre, de même que l'élément civil, il y aura une formule de collaboration à provoquer et à établir.

Dans ces trois villes, il y a en particulier des Ecoles dentaires qui sont toutes des dispensaires. Je n'insiste pas sur les services qu'elles nous rendent actuellement, sur ceux mêmes qu'elles rendaient jadis, au temps de paix, comme cabinets dentaire de garnison. Il y aura lieu sans doute, d'envisager dans ces dispensaires une organisation militaire spéciale, analogue à celle qui existe dans les hôpitaux mixtes.

Peu à peu, suivant les nécessités, il faudra étendre le champ de la prothèse restauratrice sur d'autres centres importants.

Quant au personnel, pour l'avoir toujours compétent et en nombre suffisant, il faudra créer dans le Service de santé un corps spécial de chirurgiens-dentistes et de mécaniciens-dentistes pouvant prétendre à tous les grades d'une hiérarchie à déterminer, comme les musiciens dans l'armée de terre, comme les mécaniciens dans la marine.

Telle est, esquissée seulement, une vue générale sur la nécessité et l'organisation de la prothèse maxillo-dentaire après la guerre.

Il faut y penser dès à présent, aussi bien pour nos grands mutilés maxillo-faciaux que pour les milliers de simples blessés alvéolo-dentaires que nous avons déjà appareillés.

Pour longtemps durant le XXe siècle, le prothésiste devra satisfaire les uns et les autres.

Annexe V.

VŒUX EXTRAITS DU RAPPORT DE M. GODON.

Le territoire étant ainsi divisé :

1° Zone de l'avant ;
2° Zone des étapes et des armées ;
3° Zone de l'intérieur.

Il doit exister : dans la première zone :

a) Des services de dentisterie régimentaires ;
b) Des services de dentisterie divisionnaires ;
c) Des ambulances automobiles dentaires (une par corps d'armée).

Dans la deuxième zone des services dentaires complets pouvant assurer :

a) Les soins de dentisterie ;
b) De prothèse dentaire ainsi que
c) les soins d'urgence pour les blessés des maxillaires et de la face.

Dans la troisième zone (de l'intérieur) les organisations :

a) De cabinets dentaires de garnison ;
b) De centres de prothèse et de dentisterie pour édentés ;
c) De centres de dentisterie et de prothèse maxillo-faciale pour les blessés des maxillaires et de la face.

Afin de compléter ces différents services, il a été recommandé d'utiliser les concours civils des groupements dentaires qualifiés comme les Ecoles dentaires, certaines sociétés de secours aux blessés, certains hôpitaux privés, etc.

Le Congrès inter-alliés, réuni en assemblée générale le lundi 23 novembre 1916, émet les vœux suivants :

1° Qu'il soit fait une application plus complète des décrets du 26 février et du 1er mars 1916 sur les dentistes et l'organisation militaire, ainsi que des mesures administratives qui en découlent pour le bon fonctionnement des services dentaires et l'emploi des chirurgiens-dentistes, des étudiants en chirurgie dentaire et des mécaniciens-dentistes, ainsi que pour la nomination de tous les chirurgiens-dentistes comme dentistes militaires ;

2° Que soit assurée la persistance, après la guerre, de l'organisation créée par le décret du 26 février 1916 sur les services dentaires et les dentistes militaires, avec l'utilisation des écoles dentaires, en adaptant cette organisation aux périodes de paix comme à celles de guerre ;

3° Qu'il soit pris toutes mesures (décrets ou lois) dans le but de compléter l'organisation dentaire de l'armée, notamment en ce qui concerne la hiérarchie et les grades de dentistes militaires.

Le Congrès charge son comité d'organisation, et après lui les sociétés qui ont contribué à sa formation, de présenter aux pouvoirs publics ces trois vœux et d'en poursuivre l'adoption.

ADHÉSIONS AU CONGRÈS

Depuis la publication de notre numéro d'octobre il est parvenu au Comité d'organisation du Congrès de nouvelles adhésions que nous mentionnons ci-dessous :

Sociétés adhérentes.

British Dental Association	250 fr.
Fédération Odontologique Italienne	50
Société d'Odontologie de Paris.	

Membres bienfaiteurs.

MM.		MM.	
Amoedo Oscar	50 fr.	Hipwell	100 fr.
Baldwin	100	Léon E.	100
Ball	50	Maggioni-Aldo	50
Buxton Dudley J.-L.	50	Prével	50
Beauchany A.	50	Renaud, de la maison de Trey	50
Camps A.	50	Robinson F.	100
Créange A.	50	Round Harold	50
Duncombe	50	Smith Ch.	50
Davidson	50	Stephens	50
Dear	50	Valadier	100
Denis le Sève	50	Woodbury F.	50
Decourteix	50	Zunini	50
Dubeau E.	50		
De Guise L.	50		

Membres adhérents.

MM.	MM.	MM.
Aillerie A.	Beliard.	Brenot M.
Andrieux.	Bailly Th.	Beck L.
Amory.	Blatière A.	Blemant.
Arnold P.	Bechhoeffer.	Bouvier L.
Airacksinen.	Bannes.	Bertaux R.
Audet J.	Barrets W.	Blanc-Salète.
Abragham (Mme).	Bonnet-Roy F.	Béal.
Amblard.	Bozo A.	Beltrami.
Audic.	Bloch.	Borcier E.
Argoud.	Bohl A.	Brille M.
Averons.	Bret F.	Blot.
Amoedo Antonio.	Bourgeois Ch.	Bert J.
Bouvet Ch.	Blache.	Bourbon.

MM.
Boutigny G.
Bonnard.
Bonnet.
Bayer.
Bouthegourd.
Boudy.
Borocco (Mme).
Brasseur.
Berry.
Brosseau A.
Boivin J.
Bertrand.
Bouchard.
Bompart.
Bulot.
Borrey.
Becavin.
Bourdeau.
Blumenfeld.
Berkovich (Mme).
Brimant.
Barrié (fils).
Bertrand.
Badcock.
Bertrand.
Bebb J.-H.
Bareyre.
Barré.
Boutard.
Boutaric.
Bouillant.
Cavalié.
Château.
Calame.
Comte E.
Caboche.
Coustaing.
Chadeville.
Caillon L.
Chaillou-Ricatte (Mme)
Cramer H.
Castéras (de).
Carrel J.

MM.
Charpentier E.
Château.
Chaillou E.
Cottarel N.
Cottarel A.
Caron F.
Caroça M.
Coache.
Clavel P.
Capuron.
Choquet.
Cernéa (Mlle).
Cliffard.
Charron E.
Creuzet.
Capdeville.
Charlier.
Chapotin.
Champion Georges.
Castellote.
Chapman Harold.
Colyer A.-R.
Constant T.-E.
Coysh T.-A.
Campbell J.-M.
Cubie A.
Ceranford E.-H.
Castille.
Cousin P.
Cecconi.
Douhet.
Doniau F.
Detape L.
Dufourmentel.
Dupré (Mme).
Davigneau P.
Doutreligne.
Dunn W.
Delorme.
Dalban.
Dardel R.-P.
Delguel.
Degraeve-Mercier.

MM.
Desforges.
Darcissac M.
Delobel A.
Duncombe L.
Duchange A.
Donckier de Donceel.
Davidson (Mlle).
Delaplanche A.
Durand.
Delarbre (Mlle).
Duvault (Mlle).
Demouchy.
Desforges P.
Doering (Mme).
Drain R.
Delorme A.
David.
Dubois.
Dubois.
Duc.
Dorveau.
Defossez.
Dubourg.
Dalby C.-B.
Doran S.-S.
Dow Scott R.-C.
Dargenne.
Deschamps.
Dromer.
Dreyfus.
Dolamore.
Euderlin A.
Esquirol.
Eben P.
Eilertsen.
Ernst.
Erné L.
Farge L.
Fournier R
Ferrand C.
Fabre F.
Fagedet.
Frinault.

MM.
Foucher R.-M.
Fasso.
Fourcade-Comte N.
Fournier R.
Friteau.
Fournier A.
Filderman L
Fournier Amand.
Félix A.
Fournier Ch.
Flexer.
Fouquet.
Fournier.
Fraser R.
Fourmy.
Grignon M.
Galand.
Goure.
Guerreiro.
Grosso.
Grosman L.
Mac-Cuffie.
Guyonnaud.
Gonon C.
Grenier L.
Gontailler L.
Gelma.
Gaignon Ad.
Giral A.
Gernez.
Guerin M.
Guiteau.
Geest (de).
Gripon (Mme).
Girardelos Ch.
Goussonivski.
Gille.
Gaillard.
Guer.
Gwatkin A.-J.
Guichard.
Gendreau J.
Grandpierre.

MM.
Grout.
Gary.
Goyhenex.
Garnier.
Gires.
Guichard.
Greene R.
Gilmour W.-H.
Gahinet.
Gillies H.-D.
Gallavardan.
Houdoux M.
Housset P.
Hervo (Mme).
Humblot A.
Heide A.
Hulin C.
Hollande.
Heïdé R.
Hutchitson.
Hamonet.
Houghton E.
Hume Guy G.
Harbeck L.
Infray M.
Izart.
Iratchet.
Jouve.
Jollibois.
Jacobson M.
Joly L.
Julliard.
Jarre.
Jouard A.
Josse.
Jouard G.
Jeudi.
Jacquin.
Jan.
Juppée.
Khayatt R.
Katz A.
Keall.

MM
Kaminer.
Koch (Mlle).
Loge H. (de la).
Lebedinsky.
Leduc.
Leclerc G.
Leguien.
Labbey.
Lemaire Hector.
Lagarde R.
Leblé Pierre.
Lefranc André.
Lugaud André.
Lassudrie Emile.
Lafond M.
Levêque P.
Lanaige L.
Lieffring.
Laval (de).
Lempert Alex.
Lesieur.
Laurier.
Lanos.
Lorgnier.
Lemaire Maurice.
Le Roux.
Lionel-Duval.
Le Boucher.
Lelièvre René.
Lambert.
Layton.
Lemercier.
Lejeune.
Linsolas.
Levier.
Lemieux G.
Larose A.
Larseneur Th.
Lefort Th.
Lapointe E.
Linet.
Legay.
Lagrange.

MM.
Lamone.
Lubetsky.
Leslie O.-N.
Lacey A.-G.
Laniol.
Lallement.
Laurian.
Martinel R.
Malvoisin.
Mansoutre.
Monick G.
Mathey-Doret (Mlle).
Monod.
Mermet Jean.
Maronneaud J.
Morale E.
Maurel.
Miégeville René.
Marouzé.
Mouton X.
Magny.
Malteste.
Maréchal (Mlle).
Martin R.
Monet L.
Marouzé (Mlle).
Milange.
Moreira Sylvestre.
Millet.
Marshall W.-H.
Molle E.
Mallory.
Mallard.
Mercier.
Moreau.
Mollersh W.-F.
Moliner.
Marsoo.
Morisson J.-B.
Marchandier.
Mingier.
Mousis Louis.
Mimart G.

MM.
Montambert.
Martine.
Mariage.
Morel (Mlle).
Metrasse E.
Marsat L.
Marsat A.
Nevrezé (de).
Nollin Joseph.
Nordmann
Nain (Le).
Norman H.-W.
Northcroft G.
Noailles (Mlle).
Normand.
Ollagnier.
Ortion.
Orlaf N.
Plézent R.
Peyrat G.
Prieur (Le).
Poulet Louis.
Poulet Henri.
Poulet Maurice.
Pope W.-H.
Pouget G.
Poinsignon H.
Pitsch G.
Poinsot V.
Paret P.
Piton N.
Ponroy,
Poullot L.
Pecchia.
Page.
Payse.
Pouchan.
Petit H.
Poitras P.
Puteau.
Peyrès.
Petit.
Palmier.

MM.
Poitou.
Prat.
Pearce F.-J.
Parrott A.-H.
Payne J.-L.
Perrotin.
Quintero J.
Riant R.
Redlinger G.
Retout Ch.
Rousseaux.
Ringot.
Raymond Joseph.
Ravion.
Roy.
Rousseau-Decelle L.
Ravet J.-A.
Ryart P.
Richer.
Richaume.
Russel Kennet.
Ruffier.
Routurier.
Régis.
Rodolphe.
Roby (Mme).
Rouzée.
Rondepierre (Mlle).
Régis (Mme).
Rat J.
Rosenthal.
Schaefer Ch.
Sainclair L.
Schweitzer M.
Sénécal M.
Sommer (Mlle).
Salley E.
Sélis G.
Spaulding.
Sebmeltz.
Santelli.
Santieusc.
Silvera S. (de).

MM.	MM.	MM.
Salmen.	Thadécs.	Vaesen.
Schneider.	Tarrade.	Vacher.
Schulzé.	Toussignant.	Vichot.
Sargent F.-V.	Trudeau-Nolin.	Viaene.
Stephensen J.	Thompson-Field H.	Véaux.
Sokolow.	Vidal G.	Violet.
Saguet.	Urbin.	Verdy.
Schmeltz.	Verdier.	Van Aerde M.
Terrier.	Versini.	Warde E.
Taillade.	Vigneront.	Walch.
Talmandier L.	Vielleville.	Wilson F.-J.
Teysseire (Mlle).	Vialettes L.	Wielhorsky.
Tellier J.	Veirat E.	Wood W.-R.
Tourriol.	Vichot L.	Watry.
Tessier.	Vaysse.	

Le nombre de congressistes fut de 946 se répartissant ainsi :

17	Sociétés adhérentes ayant souscrit ensemble :		2.050 fr.
90	Membres bienfaiteurs	d°	5.300
832	d° adhérents	d°	16.640
7	d° bénévoles		
946	Congressistes ayant souscrit ensemble........		23.990 fr.

A cette somme il convient d'ajouter :

Vente de volumes des rapports pendant le Congrès, etc.	35
Souscriptions au volume des comptes-rendus et publicité dans ce volume, au 30 novembre 1916	2.755
Total des recettes du Congrès au 30 novembre	26.780 fr.

PUBLICATION DES COMPTE-RENDUS

Le Comité d'organisation, conformément aux engagements pris, s'occupe très activement du volume des comptes rendus. Il espère pouvoir le publier dans un délai très court.

Le tirage de ce volume étant limité, nous prions les membres de la profession non inscrits au Congrès, qui désireraient en faire l'acquisition de bien vouloir le plus tôt possible envoyer leur

souscription (soit 20 fr.) au trésorier du Congrès, M. Henri Villain, 45, rue de la Tour d'Auvergne, Paris (9e).

Pour la publicité, s'adresser d'urgence au trésorier.

AVIS

Les confrères dont les noms suivent et dont les cartes de congressistes portent les numéros ci-après sont priées de nous envoyer leur adresse afin que nous leur fassions parvenir le volume des comptes-rendus.

Brimaut	810	Marsoo	817
Dubourg	804	Mingier	805
Guichard	824	Poitou	803
Jacquin	788	Prat	809

LIVRE D'OR DES DENTISTES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

Nous avons le regret d'apprendre la mort au champ d'honneur de :

POINTIS (Louis), dentiste militaire, ancien élève de l'Ecole dentaire de Paris, tombé devant Verdun, à l'âge de 26 ans, le 26 juin 1916 :

« A donné à maintes reprises, des preuves de courage et de dévouement. A dirigé dans un secteur sans cesse battu par le feu de l'ennemi des relèves de blessés difficiles et a été mortellement atteint au cours de l'une d'elles ».

Ordre du 6e corps d'armée. — Croix de guerre avec étoile d'or.

CHAMEAU, chirurgien-dentiste, lieutenant adjoint au commandant du parc d'artillerie du 2e corps d'armée. Sa mort est due à une bombe lancée par un avion allemand, le 10 novembre à Proyant. Il avait été cité à l'ordre de son corps d'armée, le 1er mai 1915, dans les termes suivants :

« A assuré avec le plus absolu dévouement le service très dur des canons de tranchées, donnant à tous l'exemple du devoir et en exaltant le moral de ses hommes très éprouvé par le tir ennemi ».

Ceux qui ont connu notre confrère seront émus par cette triste nouvelle, car il était particulièrement sympathique à tous.

Nous adressons aux familles nos bien sincères condoléances.

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous avons le plaisir d'apprendre les citations suivantes :

LEMERCIER (Marcel), dentiste militaire, G. B. D.

« Energique et plein d'allant. Bien que dispensé par ses fonctions d'aller sur le champ de bataille, est toujours volontaire pour occuper les postes avancés et dangereux du groupe. Déjà blessé le 21 avril 1916, s'est à nouveau distingué pendant la période du 29 août au 18 septembre 1916 où sa conduite et son sang-froid furent dignes de tous éloges ».

Ordre de la division. — Croix de guerre.

BONNAFOUX (Henri-Pierre), du G. B. D., 129.

« Dentiste militaire de la division, s'est proposé comme chef d'équipe volontaire, a rempli les fonctions de médecin auxiliaire, a fait preuve de courage, de sang-froid et d'initiative en opérant sous un bombardement d'une extrême violence l'évacuation des blessés ».

Ordre de la division. — Croix de guerre.

CASTÉRÈS (Joseph), adjudant-dentiste du G. B. D., 131.

« Bien que les réglements ne l'y obligeassent point, a, à plusieurs reprises, pendant la periode du 26 juin au 26 juillet 1916 dirigé des équipes de brancardiers dans des zones violemment battues par les tirs. S'est acquitté de sa fonction avec courage, dévouement et sang-froid ».

Ordre de la division n° 1989, 23 septembre 1916. — Croix de guerre.

BERTMAN-SAUR, sous-lieutenant au 112e d'infanterie.

Cité à l'ordre de la division. — Croix de guerre.

BRILLE (Marcel), dentiste militaire au 262e d'infanterie faisant fonction de médecin auxiliaire :

« Affecté à un bataillon en réserve, a demandé comme une faveur de suivre les vagues d'assaut du bataillon d'attaque pour pouvoir soigner plus rapidement les blessés. A lui-même été blessé dans la tranchée de départ. Déjà cité à l'ordre de la 122e brigade ».

Ordre de la 61e division du 19 septembre 1916. — Croix de guerre.

DE FLAUGERGUES, maréchal des logis. « Cavalier d'une rare bravoure, profitant de toutes les occasions pour donner autour de lui l'exemple du mépris du danger, a eu son cheval tué sous lui en prenant contact d'une avant-garde ennemie le 26 février 1916 ».

Ordre du corps d'armée, juin 1916. — Croix de guerre.

WALTER (Robert), sous-officier au 4e zouaves de marche.

1re Citation.

« Excellent sous-officier, sur le front depuis le début de la campagne, a toujours fait preuve de courage et de sang-froid, dans des circonstances difficiles. S'est de nouveau fait remarquer le 15 juin 1916 par son énergie en exerçant le commandement d'une section qui venait de perdre son chef ».

Ordre de la brigade du 25 juin 1916. — Croix de guerre.

2e Citation.

« Le 8 août 1916, à la suite d'une attaque de tranchée qui a

été conquise, a commandé sa section d'une façon parfaite, donnant un bel exemple de bravoure et de sang-froid ».

Ordre de la brigade, 8 août 1916.

SOLEILLANT (Claude-André), sergent au groupe de brancardiers de la • division, « sergent énergique et dévoué, s'est porté volontairement aux endroits les plus exposés pour procéder à la relève des blessés sur le champ de bataille au cours des journées des 10, 11 et 12 mars 1916 ».

CECCONI (Arnold), chirurgien-dentiste, cité à l'ordre de la ... division (dans la Somme). — Croix de guerre.

Nous adressons à tous nos confrères cités nos sincères félicitations.

NÉCROLOGIE [1]

Notre confrère M. Brodhurst, membre du Conseil d'administration de l'A. G. S. D. F., a eu la douleur de perdre sa mère, décédée le 28 août à Paris. Les obsèques ont eu lieu le 31.



Notre confrère M. Henri Beumant a été éprouvé par la mort, à l'âge de 52 ans, de sa belle mère, Mme Brennus-Crosnier, décédée le 27 septembre.

Nous adressons à nos confrères nos sincères condoléances.

1 Nous avons été informés tardivement de ces décès et n'avons pu, dès lors, les annoncer plus tôt.

NOUVELLES

Promotions.

C'est avec le plus grand plaisir que nous apprenons la promotion au grade de médecin-major de 1re classe de notre collègue M. Frey, chef du service de stomatologie et de prothèse maxillo-faciale à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, et la promotion au grade de médecin-major de 2e classe de notre collègue M. Georges Lemerle, aide-major de 1re classe.

Nous adressons à MM. Frey et G. Lemerle nos très cordiales félicitations.

Automobile dentaire anglaise.

Le roi d'Angleterre a visité une automobile dentaire anglaise, construite par les ingénieurs du Royal-Automobile-Club pour l'armée et qui lui a été présentée au Palais de Buckingham.

Congrès des dentistes Canadiens.

Nous sommes heureux d'annoncer le retour de notre collègue M. J. d'Argent, chargé d'une mission par le Sous-secrétaire d'Etat du Service de santé, délégué de la F. D. N. et du Groupement de l'Ecole dentaire de Paris au Congrès des dentistes Canadiens, qui s'est tenu à Montréal les 12, 13, 14 et 15 septembre 1916.

M. d'Argent rapporte de son voyage une excellente impression. Il s'est particulièrement appliqué à montrer aux dentistes canadiens l'effort odontologique français et ses résultats. Il rendra compte de son voyage à nos lecteurs dans un prochain numéro.

Service dentaire franco-belge.

Notre confrère M. Quincerot a créé un service dentaire à bord du *Village flottant*, œuvre de réfugiés franco-belges, organisée dans des péniches amarrées quai de la gare, n° 65.

Il y a fait, seul, de fin décembre au 1er août 1916, à titre bénévole, sur 294 malades, 391 opérations de toute nature.

Mariage.

Nous apprenons le mariage de notre confrère M. André Richaume, caporal au 119ᵉ d'infanterie, titulaire de la croix de guerre, avec Mˡˡᵉ Juliette Lambert. La cérémonie a eu lieu le 11 octobre 1916, à Paris.

Nous adressons nos félicitations et nos vœux de bonheur aux jeunes époux.

Nouvelle société professionnelle.

Nous venons d'être informés de la création, à la date du 14 août 1914, de l'Association dentaire néerlandaise (Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunst) à Amsterdam. Le secrétariat est C. J. W. Brouwerstraat. L'avis qui nous a été adressé porte que les graves événements d'alors ont empêché de faire part de cette création aux associations sœurs des autres pays.

Nous enregistrons avec plaisir cette fondation et nous adressons à la nouvelle société nos félicitations et nos souhaits de prospérité.

Guide du jeune écrivain.

Notre confrère, M. Robert Morche, qui joint au maniement du davier le maniement aisé de la plume, a publié récemment sous ce titre un manuel de conseils d'ordre pratique d'une grande utilité pour les débutants en littérature, de quelque genre qu'elle soit.

M. Morche a eu l'heureuse idée de grouper dans ce petit volume, sorte de *vade mecum* destiné à rendre de nombreux services aux auteurs, une série d'indications dont ceux-ci tireront profit lors de leurs publications.

Notre confrère n'en est pas à son coup d'essai et nous ne pouvons que le féliciter de cette production.

36e ANNEE. N° 12 30 DÉCEMBRE 1916 VOL. LIV

L'ODONTOLOGIE

A NOS LECTEURS

NOMINATION DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE LA MARINE AU GRADE DE MÉDECIN AUXILIAIRE DE LA MARINE

Le Journal officiel *du 6 décembre 1916 publie le rapport au président de la République et le décret que nous reproduisons ci-après. Aux termes de ce document les chirurgiens-dentistes nommés en vertu du décret du 1er mars 1916 prennent le titre de* médecin auxiliaire *de la marine, c'est-à-dire ont rang d'officier.*

C'est là un résultat des plus importants, dont il y a lieu de se féliciter. Nous sommes sûrs d'être les interprètes de la profession tout entière en exprimant notre gratitude à M. l'amiral Lacaze, ministre de la Marine, qui, avec son esprit de haute justice et ne tenant compte d'aucun préjugé, a voulu reconnaître par cette mesure les services rendus par les chirurgiens-dentistes à l'armée navale et compléter ainsi l'œuvre qu'il avait commencée dans son premier décret.

Ce nouveau succès est dû, comme le décret du 1er mars lui-même, à l'active intervention de la Fédération dentaire nationale (F. D. N.) et de son président, M. Blatter, qui s'est tout particulièrement occupé depuis plusieurs mois de la situation faite aux chirurgiens-dentistes mobilisés dans l'armée de terre et l'armée de mer, et nous sommes heureux de les en remercier.

Nous reproduisons plus loin la lettre adressée à ce sujet par le Ministre de la Marine au président de la F. D. N., lettre qui fait honneur à celui-ci et qui rend

hommage à l'activité qu'il a déployée pour faire aboutir les décrets.

MINISTÈRE DE LA MARINE

Rapport au Président de la République française,

Paris, le 1[er] décembre 1916.

Monsieur le Président,

Un décret du 1[er] mars 1916 a autorisé le recrutement pour les besoins de l'armée de mer, et pendant la durée de la guerre, d'un personnel de chirurgiens-dentistes assimilés aux médecins auxiliaires de la marine.

Mais ce décret ne prévoit aucun avancement pour les intéressés, qui ne peuvent, de ce fait, prétendre, quelle que soit la durée des hostilités, à une amélioration de leur situation.

Cependant, l'expérience a démontré que la création d'un service dentaire, particulièrement dans l'armée navale, répondait à de réels besoins, et d'autre part, l'importance des services rendus par les chirurgiens-dentistes, dont certains possèdent une valeur professionnelle supérieure, attestée par des titres indiscutables, fait ressortir la nécessité de rendre possible cette amélioration.

Dans ce but, j'ai l'honneur de soumettre à votre haute sanction le projet de décret ci-joint, qui donne le titre de médecin auxiliaire aux chirurgiens-dentistes nommés par application des dispositions du décret du 1[er] mars 1916, précité, et qui permettra de les nommer pour la durée de la guerre, et sous certaines conditions, aux emplois de médecin de 3[e] classe et de 2[e] classe auxiliaires de la marine.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect.

Le ministre de la Marine,
LACAZE.

Décret.

Le Président de la République française,

Vu les lois des 21 mars 1905 et 7 août 1913 sur le recrutement de l'armée;

Vu la loi du 8 août 1913 sur les engagements et rengagements dans l'armée de mer;

Vu les décrets des 28 octobre 1914, 7 janvier, 23 mai et 1er novembre 1915, concernant les médecins auxiliaires de la marine;

Vu le décret du 1er mars 1916 relatif au recrutement des chirurgiens-dentistes de la marine;

Vu le décret du 28 septembre 1916 spécifiant les conditions pour les nominations à l'emploi de médecin de 2e classe auxiliaire;

Sur le rapport du ministre de la Marine,

Décrète :

Art. 1er. — Les chirurgiens-dentistes nommés par application des dispositions du décret du 1er mars 1916 prennent le titre de médecin auxiliaire de la marine.

Ils sont placés à bord, sous les ordres du médecin-major du bâtiment; à terre, sous les ordres du médecin chargé de la clinique dentaire de l'hôpital maritime.

Art. 2. — Pendant la durée de la guerre les médecins auxiliaires de cette provenance peuvent, sous réserve des conditions spécifiées à l'article 3 du présent décret, être nommés par avancements successifs aux emplois de médecin de 3e classe et de 2e classe auxiliaires.

Art. 3. — *a*) Nul médecin auxiliaire diplômé chirurgien-dentiste ne peut être nommé à l'emploi de 3e classe auxiliaire s'il ne réunit au moins, six mois de service dans son emploi.

b) Les médecins de 3e classe auxiliaires, nommés à leur emploi par application des dispositions du paragraphe *a* ci-dessus, ne peuvent être nommés à l'emploi de médecin de 2e classe auxiliaire qu'après accomplissement d'une année de service en qualité de médecin de 3e classe auxiliaire.

Art. 4. — Le nombre des médecins de 2e classe auxiliaires

diplômés chirurgiens-dentistes ne peut, en aucun cas, dépasser le quart de l'effectif total du personnel de cette spécialité.

Le nombre des médecins de 3e classe auxiliaires diplômés chirurgiens-dentistes ne peut, en aucun cas, dépasser la moitié de l'effectif total du personnel de cette spécialité.

Art. 5. — L'uniforme du personnel officier et non officier de cette spécialité est celui des médecins de la marine, le parement de velours grenat étant remplacé par une patte de velours grenat avec trois boutons à ancre.

Art. 6. — Toutes les dispositions contraires à celles du présent décret sont abrogées.

Art. 7. — Le ministre de la Marine est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 2 décembre 1916.

R. POINCARÉ.

Par le Président de la République :

Le Ministre de la Marine,

LACAZE.

Le Ministre de la Marine

A MM. les vice-amiraux commandant en chef, préfets maritimes, officiers généraux, supérieurs et autres commandants à la mer et à terre.

Paris, le 7 décembre 1916.

Je vous prie de vouloir bien m'adresser le plus tôt possible, des propositions de nominations à l'emploi de médecin de 3e classe auxiliaire, en faveur des médecins auxiliaires diplômés chirurgiens-dentistes, placés sous votre autorité, qui réunissent les conditions de services fixées par l'article 3 du décret du 2 décembre 1916 (*Journal officiel* du 6) et dont les aptitudes professionnelles vous paraîtraient justifier cet avancement.

LACAZE.

MINISTÈRE
DE LA
MARINE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Mon cher Président,

Je suis heureux de vous annoncer que le Président de la République a signé le décret fixant les conditions d'accès aux deux premiers grades d'officiers pour les chirurgiens-dentistes de la Marine.

Je tiens, à cette occasion, à vous remercier personnellement de la part prépondérante que vous avez prise à la création du Corps qui rend à bord de nos bâtiments et dans nos hôpitaux des services si appréciés.

Je vous prie de croire, mon cher Président, à mes sentiments les plus sympathiques.

L. LACAZE.

6 décembre 1916.

M. Blatter, président de la Fédération Dentaire Nationale, Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

LES LEUCOPLASIES COMMISSURALES ET JUGALES CONTROLÉES EN TANT QUE MANIFESTATIONS TERTIAIRES PAR LA RÉACTION DE WASSERMANN, LEUR FRÉQUENCE, LEUR IMPORTANCE DANS LE DIAGNOSTIC DES SYPHILIS OUBLIÉES OU IGNORÉES.

D'après les nombreux faits observés sur les réservistes et les territoriaux d'un Service de fiévreux.

Par le professeur L. LANDOUZY,

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

(Communication au Congrès dentaire inter-alliés, 10 novembre 1916.)

Par la présente note, il m'a paru opportun de faire appel à nos confrères stomatologues et dentistes inter-alliés, pour nous aider de leur expérience à diffuser la double notion de fréquence et de valeur semïotique des leucoplasies commissurales et jugales, celles-là plus fréquentes à elles seules que les leucoplasies jugale et linguale réunies.

A partir de la trentième année, la leucoplasie commissurale, unique ou symétrique, s'observe beaucoup plus communément qu'on ne se l'imagine. Il en est d'elle comme de beaucoup de choses qu'on voit seulement, alors que, de propos délibéré, on les cherche, en raison même de l'intérêt qui peut s'attacher à leur constatation.

Or, jusqu'à ces dix dernières années. les taches blanches des lèvres et des joues, regardées comme « plaques de fumeur », sollicitaient fort peu l'attention des médecins et des malades, ceux-ci, comme ceux-là, ne voyant dans la lésion muqueuse rien autre chose qu'une irritation tabagique. Pourtant, à cette manière de voir, on pouvait objecter que les leucoplasies s'observaient chez des gens qui ne fumaient pas ou qui ne fumaient plus depuis longtemps, ou

encore, chez des femmes de syphilitiques qui jamais n'avaient fumé.

C'est la fréquence de la constatation des leucoplasies chez certains syphilitiques avérés qui nous amenaient à faire du tabac une cause occasionnelle et suffisante — nullement indispensable — de la leucoplasie, dont le **déterminisme** serait la syphilis.

Cette notion de la leucoplasie, *fonction de tertiairisme*, trouvait dans la réaction de Wassermann, positive chez la majorité des leucoplasiques, sa confirmation étiologique. Chez eux, la leucoplasie, invitant à fouiller les antécédents, réveillait chez les uns le souvenir d'infections vénériennes ; chez d'autres, faisait découvrir des stigmates d'accidents primaires, secondaires ou tertiaires de syphilis.

Pareilles constatations m'ont, maintes fois, pour le plus grand bien des malades, permis de diagnostiquer des syphilis oubliées ou méconnues. La fréquence des leucoplasies commissurale et jugale est telle que, en vingt-quatre mois de guerre, dans le service du premier fiévreux de l'Hôpital Buffon [1], j'ai pu en observer une quarantaine de cas sur des réservistes et sur des territoriaux, la leucoplasie se trouvant, dans plus d'un tiers des cas, associée à la réaction de Wassermann positive, ladite réaction devenant négative après traitement spécifique. C'est pourquoi nous pouvons dire aujourd'hui : la leucoplasie commissurale *fonction* de syphilis tertiaire.

Nous ne reviendrons pas sur la description morphologique des plaques leucoplasiques déjà plusieurs fois donnée [2] ; ce que nous nous proposons aujourd'hui, c'est, avec le concours de nos confrères inter-alliés, vulgariser les notions de fréquence et de valeur sémïotique des leucoplasies com-

1. L. Landouzy *La Syphilis avant la Guerre* ; méconnaissance de son extrême fréquence (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, avril 1916).

2. L. Landouzy. Valeur sémiologique des leucoplasies jugale et commissurale dites : « plaques de fumeur ». *Académie de Médecine et Presse Médicale*, juin 1908. — L. Landouzy : Tache blanche de la muqueuse jugale et commissurale dite « plaque de fumeur » fonction de syphilis. » (*La Presse Médicale et Bulletin de l'Académie de Médecine*, juin 1915.

missurales. L'importance de leur constatation se double de ce fait que, le plus souvent, elles sont persistantes, alors que tant d'autres stigmates s'effacent

La constatation de la lésion buccale n'est-elle pas autrement simple, commode et rapide que, par exemple, la recherche de la réaction de Wasserman ; la leucoplasie ne saute-t-elle pas aux yeux de quiconque pense à la chercher, sait regarder, voir et conclure ?

Parmi les petits signes, parmi les stigmates de syphilis tertiaire, il n'en est pas de meilleurs, par sa netteté et sa fréquence que la leucoplasie commissurale, incomparablement plus fréquente que la linguale.

C'est elle qui, chez maints réservistes et territoriaux qui, de la Place, m'étaient adressés pour diagnostic d'affections respiratoires, m'a permis de dépister la syphilis, alors que manquait tout souvenir de contamination.

LES SOUDURES D'OR

Par Ch. Bennejeant,

Chirurgien dentiste D. F. M. P., D. E. D F.
Docteur en médecine, licencié ès-sciences.

La soudure est toujours le point faible d'une base métallique, parce que c'est à ce niveau que s'exercent les corrosions locales (*Odontologie*, mars 1914. La résistance chimique des métaux et de leurs alliages en bouche). Pour que la résistance chimique et par suite la résistance mécanique de la soudure soient suffisantes, il y a nécessité que la teneur en métal précieux de la soudure soit autant que possible très rapprochée de celle de la plaque-base. Je m'empresse de dire que cette soudure idéale n'existe pas. Dans le commerce, les soudures sont préparées « *pour l'or à X carats* », mais possèdent un titre bien inférieur à celui de la plaque pour laquelle elles ont été préparées. Les commerçants ne surprennent pas la bonne foi du consommateur puisqu'ils annoncent soudure pour l'or à X carats et non pas soudurée X carats.

Dans les soudures de White, le titre au millième de la soudure est inscrit en rouge au verso de l'enveloppe. L'analyse de ces soudures[1] a donné exactement le chiffre annoncé. Voici les écarts existants pour les soudures des maisons Ash et White.

	Titre réel en carats.	Annonce commerciale.	Point de fusion.
Maison White	19,27	pour l'or à 22	
	17,78	— 20	
	15,72	— 18	
	12,72	— 16	
Maison Ash	22	pour l'or fin	943
(d'après B. Hepburn)	22	— à 22	893
	18	— à 20	849

1. Ces analyses ont été faites par mon excellent ami Boiry, ingénieur-chimiste, à l'amabilité duquel je suis heureux de rendre hommage.

Dans la composition de ces soudures entrent de l'or, de l'argent, du cuivre et du zinc. *Il est indispensable de connaître les alliages binaires de ces métaux pour prévoir ou connaître les propriétés des alliages complexes qui servent de soudures.*

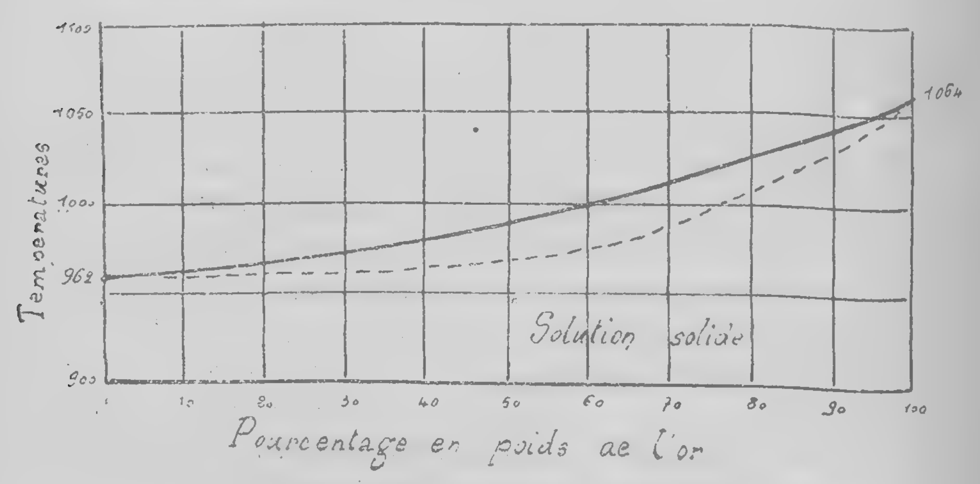


Fig. n° 1. — Courbe de fusibilité des alliages binaires or-argent. (Le pointillé indique la courbe de solidification.)

ALLIAGES BINAIRES OR-ARGENT (fig. n° 1). La courbe de fusibilité est sensiblement une droite joignant les points de fusion de l'or à celui de l'argent, ce qui est caractéristique des solutions solides[1]. Le mélange cristallise en dendrites. Les alliages sont très homogènes après recuit. Ils sont plus durs et plus résistants que les métaux constituants. Leur couleur varie avec le pourcentage : du jaune au blanc en passant par un blanc verdâtre. De 70 à 73 o/o en or ils constituent *l'or vert* des bijoutiers. Au delà de 50 o/o les alliages sont blancs.

En résumé l'argent allié à l'or :

1° forme un ensemble homogène ;

2° réduit le point de fusion ;

3° augmente la dureté et ne réduit pas la malléabilité.

En bouche ces alliages binaires résistent bien mieux que

1. On entend par solution solide une solution solidifiée sans que le corps dissous se sépare du corps solvant. En métallurgie ces solutions solides sont très recherchées parce que leurs propriétés mécaniques varient de façon régulière.

les alliages or-cuivre. Jusqu'à un pourcentage de 75 en or ils sont inaltérables et confèrent cette propriété aux alliages ternaires or-cuivre-argent.

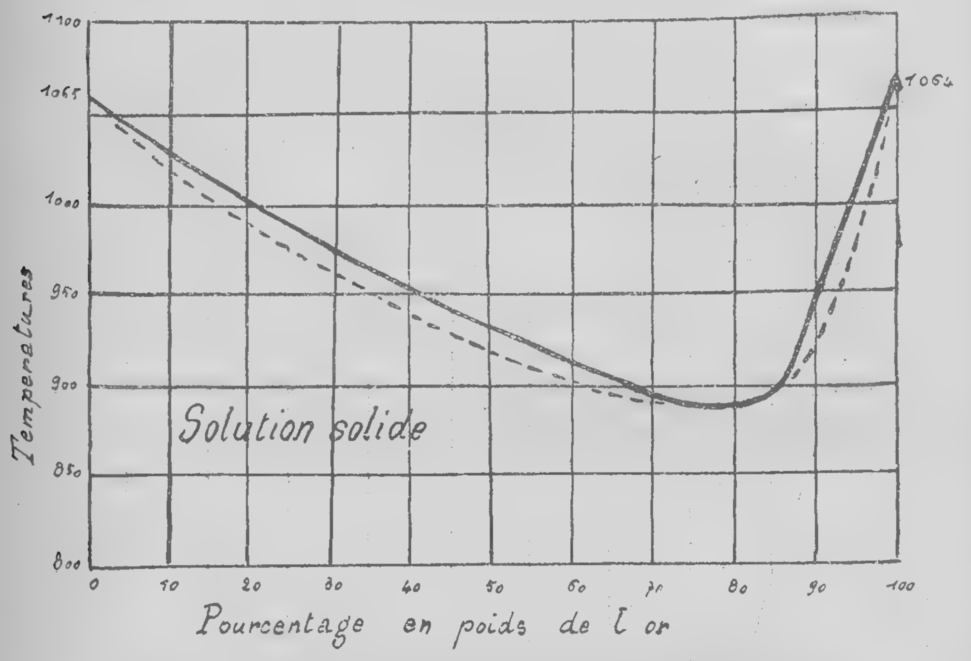


Fig. nº 2. — Courbe de fusibilité des alliages binaires or-cuivre.

ALLIAGES BINAIRES OR-CUIVRE (fig. nº 2). La courbe de fusibilité présente un minimum entre 75 et 80 o/o d'or. Il s'agit soit d'un point eutectique avec de chaque coté deux solutions solides, soit d'une solution solide ayant un minimum de fusibilité.

L'examen métallographique montre des couches de métal à concentration variable. Pour homogéïniser ces alliages il est nécessaire de les recuire longuement. Les alliages de moins de 10 o/o de cuivre sont seuls intéressants pour notre art, au delà ils deviennent durs et peu malléables.

Ils sont cependant rarement utilisés en prothèse, où on leur préfère les alliages ternaires or-argent-cuivre dans lesquels peut entrer un pourcentage plus élevé de cuivre.

Ces alliages binaires sont moins résistants que ceux or-argent. En bouche, jusqu'au pourcentage de 90 en or, on peut les considérer comme inaltérables. Dans leur préparation

pour éviter l'oxydation à chaud on a recours à des matières réductrices : creusets de plombagine et poussier de charbon.

Ces alliages ont une coloration jaune plus rougeâtre que celle de l'or à 75 o/o, ils sont utilisés en bijouterie sous le nom d'*or rouge*.

En résumé le cuivre allié à l'or jusqu'à 10 o/o :

1° réduit le point de fusion ;

2° accroît la dureté ;

3° diminue la malléabilité et la ductilité.

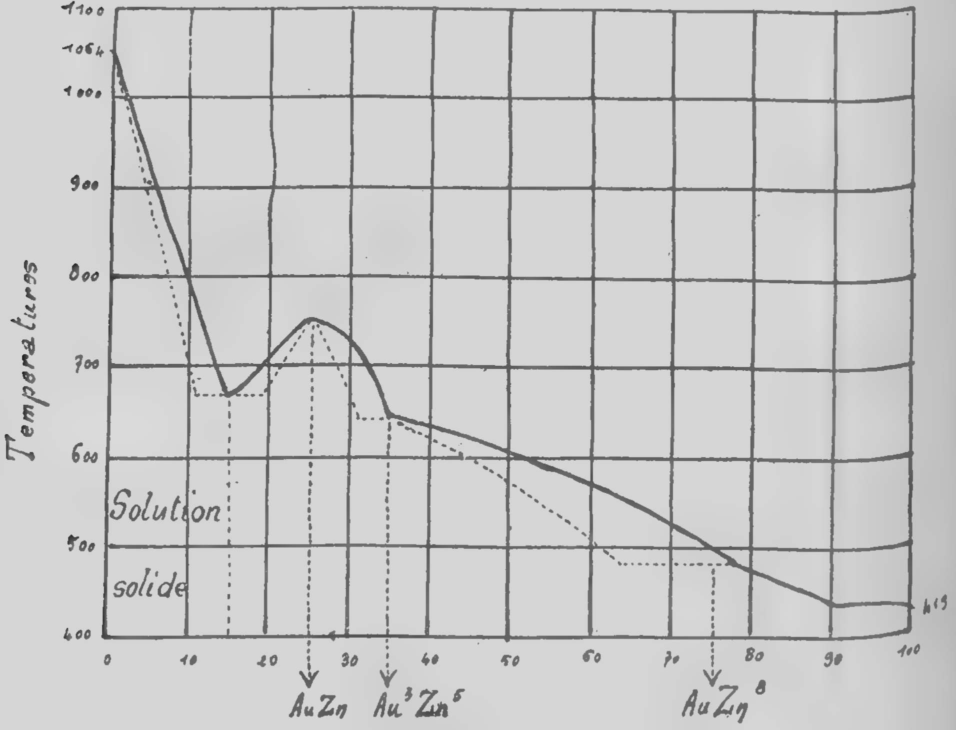


Fig. n° 3. — Courbe de fusibilité des alliages binaires or-zinc.

ALLIAGES BINAIRES OR-ZINC (fig. n° 3). Jusqu'à 12 o/o la courbe de fusibilité fait une chute très appréciable. A 25 o/o formation du composé Au-Zn, à 35 o/o Au [3] Zn [5], à partir de 61 o/o jusqu'à 81 o/o Au-Zn [8].

Ces alliages se forment avec dégagement de chaleur, ce qui accroît encore l'oxydabilité très grande du zinc. On ne peut les préparer qu'en athmosphère réductrice (Co^2, etc.) et

recouverts de poussier de charbon de bois. Ils ne sont pas utilisés dans notre art. Mais les alliages ternaires et quaternaires le sont : or-argent-cuivre-zinc, or-cuivre-zinc. Le zinc est alors introduit dans ces alliages sous forme de laiton.

Jusqu'à 12 o/o de Zn, le zinc se dissout dans l'or et donne au refroidissement une solution solide à propriétés différentes de celles de l'or pur : augmentation considérable de dureté et perte complète de malléabilité et de ductilité. La présence d'$Au^3 Zn^5$ amène une dureté et une fragilité remarquables, $Au^3 Zn^5$ raye l'acier fondu, mais est fragile comme du verre. C'est d'ailleurs un fait d'observation en métallurgie : ces composés définis et les solutions solides autres que celles situées dans le voisinage immédiat des métaux purs apportent trop de fragilité et par suite rendent inutilisables les alliages les contenant,

L'adjonction de zinc dans l'or est donc limitée, mais en résumé jusqu'à 12 o/o le zinc :

1° abaisse considérablement le point de fusion ;

2° accroît considérablement la dureté.

3° supprime la malléabilité et la ductilité.

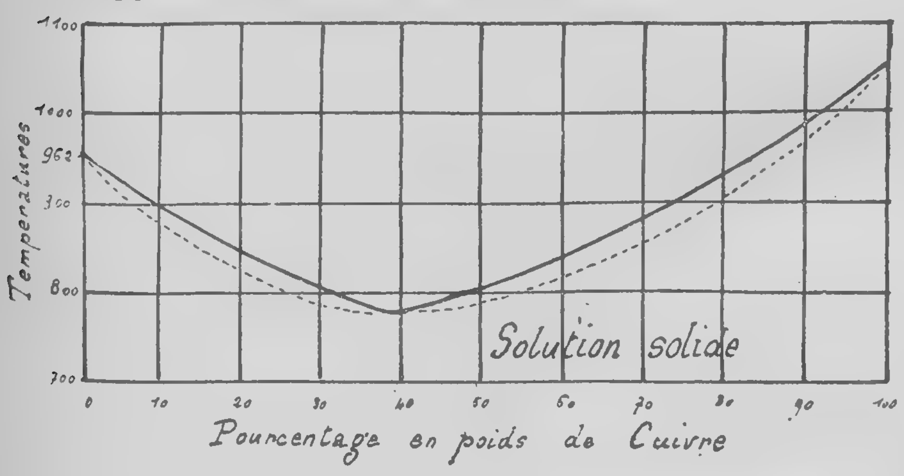


Fig. n° 4. — Courbe de fusibilité des alliages binaires argent-cuivre.

ALLIAGES BINAIRES ARGENT-CUIVRE (fig. n° 4). La courbe de fusibilité offre deux branches qui se correspondent en un point eutectique à 40 o/o de cuivre vers 790°. De chaque

côté de l'eutectique deux solutions solides. La solubilité du cuivre dans l'argent est plus grande que celle de l'argent dans le cuivre, en sorte qu'au delà de 40 o/o de cuivre les alliages ont tendance à la liquation.

Jusqu'à 50 o/o coloration blanche, de 50 à 30 o/o en argent coloration jaune, au delà coloration rouge.

Le cuivre augmente la ténacité et la dureté de l'argent et les qualités mécaniques de leurs alliages sont excellents. Le maximum de dureté est à 33 o/o en argent. Leur résistance chimique en bouche ne vaut absolument rien, l'argent donne un sulfure noir désagréable.

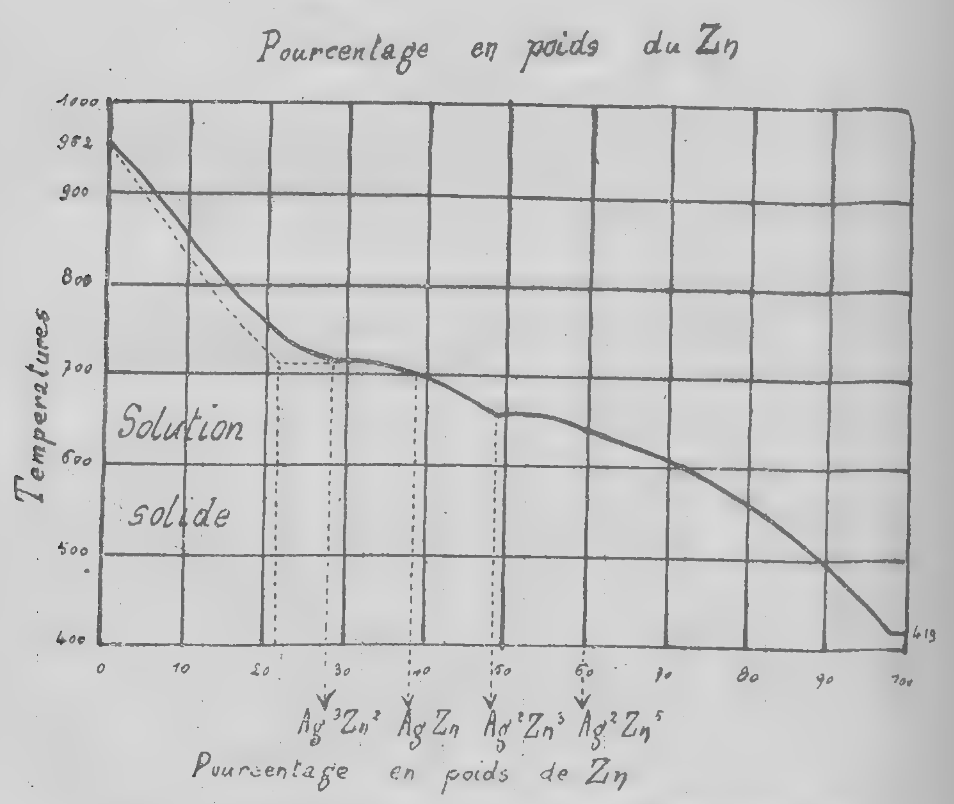


Fig. n° 5. — Courbe de fusibilité des alliages binaires argent-zinc.

ALLIAGES BINAIRES ARGENT-ZINC (fig. n° 5). La courbe de fusibilité fait une chute brusque jusqu'à 28 o/o de zinc, puis devient accidentée par suite de la formation des composés $Ag^3 Zn^2$, Ag Zn, $Ag^2 Zn^3$, et $Ag^2 Zn^5$ qui présentent

entre eux une miscibilité totale ou partielle. $Ag^6 Zn^2$ se dissocie au refroidissement en donnant Ag Zn.

Les seuls alliages qui puissent intéresser la prothèse sont ceux de moins de 28 o/o en zinc. On est en présence d'une solution solide et après solidification l'alliage devrait être homogène. Cependant à l'examen métallographique on note des masses polygonales plus riches en argent entourées d'un treillis plus riche en zinc. Pour homogéïniser ces alliages un recuit plus ou moins prolongé est nécessaire.

Comme les alliages or-zinc, ils sont très oxydables et les mêmes précautions sont à prendre pour leur confection.

Ils possédent une couleur blanc-bleuté et une cassure très fine. Il y a augmentation de la dureté jusqu'à un maximum entre 47 et 60 o/o de zinc, mais perte de la malléabilité et de la ductilité. En bouche, de tels alliages ne sont pas utilisés.

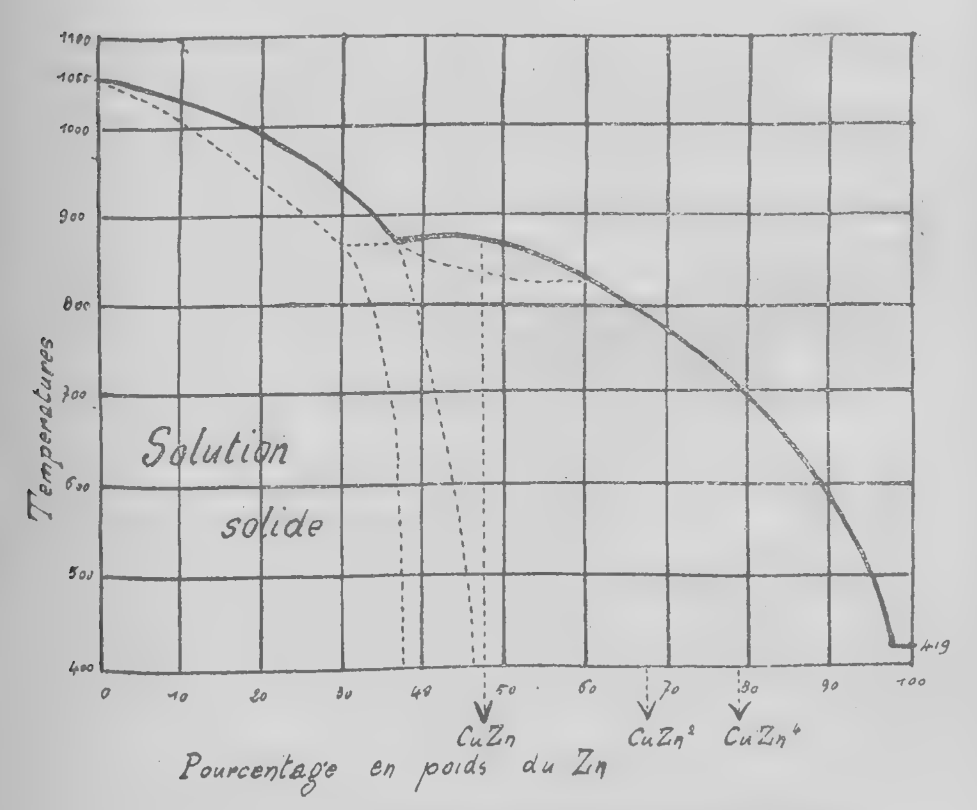


Fig. n° 6. — Courbe de fusibilité des alliages binaires cuivre-zinc.

ALLIAGES BINAIRES CUIVRE-ZINC (fig. n° 6). Ce sont les laitons. Ces alliages, d'après Le Chatelier, sont constitués ainsi qu'il suit :

1° De 0 à 37 o/o de Zn. Solution solide.
2° De 37 à 45 o/o de Zn. Cristaux de Zn Cu.
3° De 45 à 67 o/o de Zn. Solution solide avec petits cristaux blancs.
4° De 67 à 80 o/o de Zn. Cristaux de Zn^2 Cu.
5° De 80 à 100 o/o de Zn. Cristaux de Zn^4 Cu.

Les alliages industriels sont ceux de 45 o/o à 50 o/o en zinc.

Deux sortes : 1° Ceux de 45 à 37 o/o formés d'une solution de zinc dans le cuivre.

2° Ceux de moins de 37 o/o contenant le composé défini Cu Zn.

Le composé Cu Zn. amène la dureté et sa couleur se rapproche de celle de l'or. Les propriétés mécaniques de la solution solide à moins de 37 o/o de Zn ne varient pas proportionnellement avec la teneur en zinc. La ténacité augmente lentement avec la teneur en zinc et la ductilité passe par un maximum à 30 o/o de zinc. Dès que le composé Cu Zn apparaît, la tenacité augmente brusquement et la ductilité disparaît.

En bouche, ces alliages s'altèrent rapidement. (Grievel, Items of Interest, mai 1909).

Alliages ternaires or-argent-cuivre. On vient de voir que l'or, l'argent et le cuivre sont miscibles en toutes proportions. Il faut se rappeler pourtant que la solubilité de l'argent dans le cuivre est moindre, ce qui revient à dire que les alliages où le cuivre est en grande proportion et sert de solvant aux autres métaux ne sont pas homogènes. En effet, ces alliages ne sont pas employés. Sont seuls employés les alliages où l'or domine et sert de solvant aux autres métaux. Ce sont les alliages qui, en prothèse, servent à la confection des plaques-bases.

Voici à titre d'exemples quelques compositions d'or à 18

carats d'aspect et de fusibilité différents (entre 950 et 1025) d'après Knab :

	or	argent	cuivre
Or rose	750	200	50
Or anglais jaune	»	125	125
» » blanc	»	150	100
» » plus blanc	»	170	80
» » très blanc	»	190	60

Les alliages à 22 et à 20 carats sont semblables, les proportions relatives de l'argent et du cuivre restent les mêmes.

D'après B. Hepburn (Dental Metallurgy) les points de fusion des ors confectionnés par la Maison Ash seraient :

Or pur	1078° (?) 1064°
Or à 22 carats	967°
Or à 20 carats	961°
Or à 18 carats	913°
Or platiné à 17 carats pour crochets	967°
Or à 16 carats pour crochets	891°
Or à 16 carats	882^{s}

Ces chiffres n'ont rien d'absolu puisque le point de fusion ne dépend pas du carat, mais des proportions relatives de l'or et de l'argent dans l'alliage.

L. Guillet dans son étude des alliages industriels donne des formules d'alliages ternaires or argent-cuivre qu'il préconise comme soudure. Ce sont, en réalité, des ors à titre moins élevé qui peuvent servir de soudures pour des ors à titre plus élevé, mais ce ne sont pas de véritables soudures. Voici ces formules (p. 1025).

Soudure très bonne qualité = Or à 15 carats 10

Or	62,5	62,5
Argent	22,5	31,3
Cuivre	15	6,2

Soudure qualité moyenne = Or à 12 carats

Or	50
Argent	30
Cuivre	20

Soudure qualité inférieure = Or à 10 carats 30

Or	42,5
Argent	32,5
Cuivre	25

Alliages ternaires or-cuivre-zinc. Ce sont des alliages durs et peu malléables. Nous venons de voir que dans les alliages binaires or-cuivre, il ne faut pas dépasser 10 o/o de cuivre. Ce pourcentage est encore réduit par l'adjonction de zinc qui accroît la dureté et détruit la malléabilité et la ductilité. La teneur en zinc doit encore rester dans des chiffres excessivement faibles. Ces alliages ne sont presque pas employés. Cependant signalons une soudure à 22 carats d'après B. Hepburn :

Or pur	22
Laiton (Cu-Zn)	2

Alliages ternaires or-argent-zinc. Ne sont intéressants pour nous que ceux à teneur élevée en or, où le zinc ne dépasse pas 3,5 o/o. Ces alliages à un assez faible pourentage perdent la coloration jaune de l'or et prennent une coloration plus claire virant vers le blanc.

Ils ne sont pas très utilisés, peut-être à cause de leur coloration. Ce sont pourtant les meilleurs alliages pour la confection d'inlays ou de pièces coulées. Ils offrent avec des qualités mécaniques incontestables une grande fusibilité. En bouche, ils ne doivent pas être utilisés au-dessous de 18 carats.

Alliages quaternaires or-argent-cuivre-zinc. Ce sont les véritables soudures. Voici ce qu'ont donné à l'analyse quatre soudures de White. Le chiffre d'or entre parenthèses indique le titre réel annoncé sur l'enveloppe.

	Pour l'or à 16 carats.	Pour l'or à 18 carats.	Pour l'or à 20 carats.	Pour l'or à 22 carats.
Or	52,96 (53,1)	65,5 (65,5)	74.1 (73,9)	80,32 (80,2
Argent	28,7	16,68	8,87	5,89
Cuivre	16,16	14,93	13,68	10,63
Zinc	3,13	2,98	2,86	2,92
	100,89	100,09	99,51	99 75

(Ces chiffres ne correspondent pas exactement à 100. Ce

sont les chiffres du cuivre qui ont dû amener ces petites différences).

Dans ces alliages, l'or reste toujours le solvant; même dans la soudure pour l'or à 16 c. (12 carats 72) l'or est en assez grande quantité pour assurer la solution de 28 d'argent, 16 de cuivre et 3 de zinc.

La teneur en zinc ne varie pas. C'est la quantité nécessaire pour donner de la fluidité à une soudure d'or quelconque. Les pourcentages respectifs d'argent, de cuivre et d'or varient seuls, celui d'argent décroît de façon régulière avec le titre, celui de cuivre également, mais de façon moins rapide.

En bouche, les soudures pour l'or à 18 et à 16 carats noircissent, les autres sont inaltérées.

Conclusions. De cette courte étude des alliages durs il résulte que :

1° Les alliages ternaires or-argent-zinc sont à utiliser pour les inlays ou pièces coulées en raison de leur coloration claire, de leur grande fusibilité et de leur inaltérabilité jusqu'à 18 carats.

2° Dans les alliages quaternaires or-argent-cuivre-zinc utilisés comme soudures, l'or sert de solvant et confère l'inaltérabilité aux solutions solides qu'il forme avec l'argent, le cuivre et le zinc. L'argent apporte la malléabilité ; le cuivre, la dureté et renforce la coloration de l'or ; le zinc, la fusibilité plus grande et de la dureté.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

IMPOT SUR LES BÉNÉFICES DE GUERRE

L'Association générale syndicale des dentistes de France s'est préoccupée des effets que pouvait avoir pour les médecins et les chirurgiens-dentistes la loi du 1er juillet 1916 sur les bénéfices de guerre. Elle a demandé à son conseil judiciaire une consultation sur ce point ; nous la résumons ci-après :

I. — L'article 1er, paragraphe 4, vise toutes les personnes passibles de la contribution des patentes.

Donc, à s'en tenir aux termes mêmes de la loi, les médecins et les chirurgiens-dentistes doivent l'impôt sur les bénéfices de guerre.

Mais, si l'on consulte les travaux préparatoires de la loi, on constate que les professions libérales sont considérées comme devant échapper à la taxe. Donc il y a doute.

II. — Les dentistes qui vendront certains produits médicaux, dentaires ou pharmaceutiques doivent l'impôt et sont obligés à la déclaration. Pas d'hésitation dans ce cas.

III. — La taxe n'est due et la déclaration n'est obligatoire que pour ceux qui ont réalisé des bénéfices *supplémentaires*, c'est-à-dire supérieurs à la moyenne des trois années antérieures au 1er août 1914.

Elle n'est due que si les bénéfices supplémentaires excèdent 5.000 francs.

IV. — La déclaration doit être faite avant le 31 mars, elle n'est obligatoire que dans le cas ci-dessus ; mais chacun a la faculté de faire une déclaration négative, ce qui constitue une présomption en faveur du déclarant.

La déclaration, lorsqu'elle est négative, peut être faite dans le mois qui suit l'avis de l'administration.

Il paraît indispensable de faire statuer définitivement et le plus rapidement possible sur la difficulté d'interprétation de l'art. 1er en ce qui concerne les médecins et les chirurgiens-dentistes.

Et si la solution devait tarder, il serait prudent de faire une déclaration (sans doute négative d'ailleurs pour la plupart), pour éviter les taxations d'office que l'administration serait tentée de faire et, dans certains cas, les pénalités prévues par la loi.

LA DÉTENTION ET L'USAGE DES SUBSTANCES VÉNÉNEUSES ET L'EXERCICE DE L'ART DENTAIRE

Un décret du 14 septembce 1916 rendu à la suite du vote de la loi du 12 juillet 1916 réglemente la détention et la vente des substances vénéneuses et notamment de la morphine et de la cocaïne. Ce décret est de nature à apporter une gêne très grande aux chirurgiens-dentistes en les empêchant de se procurer diverses substances et notamment la cocaïne en nature qui nous est indispensable pour les pansements pulpaires.

La F. D. N. et le Groupement de l'Ecole Dentaire de Paris sont intervenus auprès des autorités compétentes en vue de faire modifier ces dispositions préjudiciables à l'exercice de notre profession ; l'accueil favorable qu'ont reçu les démarches en cours nous fait espérer une solution satisfaisante de cette importante question.

RÉPONSES DU MINISTRE A DES QUESTIONS ÉCRITES

12090. — M. Josse, député, signale à M. le ministre de la Guerre tout l'intérêt qu'il y aurait à ce que chaque régiment ait un dentiste à sa disposition pour les extractions et les premiers soins, ainsi que pour éviter de rendre de nombreux hommes indisponibles à l'arrière pendant de longs jours ; et demande au ministre si le nécessaire sera fait pour améliorer dans ces conditions le service dentaire dans l'armée, ce qui constituerait un progrès considérable *(Question du 12 octobre 1916)*.

Réponse.

L'organisation du service dentaire aux armées répond aux besoins.

Les dentistes militaires y sont répartis de la façon suivante :

A. *Zone de l'avant.* — Deux dentistes par groupe de brancardiers divisionnaires. Un par groupe de brancardiers de corps et un par voiture dentaire automobile.

Il a été adjoint en outre, un dentiste à chaque division de cavalerie.

B. *Zone des étapes.* — Un dentiste dans chaque centre hospitalier et un dentiste pour chaque dépôt d'éclopés.

L'approvisionnement des corps de troupes comporte, en outre, des instruments d'extraction dentaire, et chaque ambulance pos-

sède dans son arsenal une boîte spéciale pour la stomatologie. Les médecins des régiments et les formations sanitaires ont donc le matériel suffisant pour les soins d'urgence.

Enfin, il existe dans les armées vingt-deux services de prothèse dentaire. *(Journal officiel du 27 novembre* 1916.*)*

12524. — M. Brenier, député, expose à M. le ministre de la Guerre qu'une circulaire du 15 juin 1916, en vigueur dans la zone des armées, prescrit qu'il ne sera pas donné aux hommes de quarante-cinq ans et au-dessus des appareils de prothèse dentaire et demande quelle doit être la situation des hommes de cette catégorie auxquels toutes les dents ont été arrachées, soit avant la circulaire, soit depuis, parce qu'elle était ignorée et qui, maintenant, sont astreints à un régime alimentaire spécial, impossible à observer dans les unités du front. *(Question du* 9 *novembre* 1916.*)*

Reponse.

Au moment où le nombre des édentés à pourvoir d'appareils était très considérable, la circulaire du 9 juin sur l'organisation de la stomatologie prévoyait que, jusqu'à nouvel ordre, aucun homme ayant dépassé quarante-cinq ans n'aurait droit à un appareil afin de permettre de récupérer d'abord les hommes susceptibles d'être utilisés comme combattants.

Depuis, la situation s'étant notablement améliorée, l'ordre a été donné de ne pas tenir compte de l'âge et d'appareiller au même titre tous les édentés. *(Journal officiel du* 28 *novembre* 1916.)

LIVRE D'OR DES DENTISTES

CITATIONS A L'ORDRE DU JOUR

Nous avons le plaisir d'apprendre les citations suivantes :

CECCONI (Arnold), médecin auxiliaire G 30 41.

« S'est particulièrement distingué pendant les combats du 4 et du 12 septembre en dirigeant sous le bombardement le service de ses brancardiers et en leur donnant l'exemple du sang-froid et du courage. »

Ordre de la Division n° 108, 1er octobre 1916. — Croix de guerre.

SOLEILLAUT (Claude-André), sergent au groupe de brancardiers divisionnaires de la 26e division d'infanterie.

« Sergent énergiqne et dévoué, s'est porté volontairement aux endroits les plus exposés pour procéder à la relève des blessés sur le champ de bataille au cours des journées des 10-11-12 mars 1916. »

Ordre de la division du 22 mars 1916, n° 85. — Croix de guerre.

Nous avons annoncé dans notre numéro du 30 octobre dernier la fin glorieuse du fils aîné de notre rédacteur en chef, M. le Dr Maurice Roy, tombé devant Verdun.

Nous nous faisons un devoir de publier comme un hommage rendu à sa mémoire l'ordre du jour ci-après qui relate le mérite et le dévouement de ce jeune homme, si prématurément enlevé.

Nous profitons de cette circonstance pour assurer à nouveau à notre collègue et à sa famille, que nous nous associons à leur profonde affliction.

Le Comité de rédaction.

GROUPEMENT D. — E.

ORDRE GÉNÉRAL

Le Général commandant le Groupement D. — E. cite à l'ordre du Corps d'armée :

« *Le canonnier Roy, Henri-Maurice, Mle* 5661.

« *Jeune soldat ayant à maintes reprises donné l'exemple du cou-*

» *rage et de l'énergie. Le 16 octobre 1916, s'est porté spontanément*
» *au secours des canonniers ensevelis dans un observatoire voisin*
» *de celui où il travaillait : a réussi avec l'aide de quelques cama-*
» *rades à les dégager malgré le tir violent de l'artillerie ennemie.*
» *Tué le 16 octobre 1916 après avoir accompli cet acte de dévoue-*
» *ment.*

» *Pour ampliation,*
» *Le Chef d'Etat-major,*
« *Signé :* DUPRÉ.

« *Le Général commandant le Groupement D.-E.*
« *Signé :* MANGIN. »

NÉCROLOGIE

Robert Ash.

Nous avons le regret d'apprendre la mort, à l'âge de 72 ans, de notre confrère Robert Slade Ash, décédé à Monte-Carlo, le 29 novembre 1916.

Les obsèques ont eu lieu le 1er décembre à Monaco.

Nous adressons à sa veuve et à sa famille, nos très sincères condoléances.

Notre confrère, M. Jehan de Croës, actuellement capitaine d'état-major, vient d'avoir la douleur de perdre sa mère, décédée à l'âge de 89 ans, le 17 décembre 1916.



M. Fournier, moniteur de prothèse à l'Ecole dentaire de Paris, vient d'être éprouvé par la perte de sa grand'mère, décédée le 14 décembre à l'âge de 76 ans.

Nous adressons à MM. de Croës et Fournier nos très sincères condoléances.

INDEX ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

Pour l'année 1916.

TABLE MÉTHODIQUE DES MATIÈRES

COMITÉ DE SECOURS AUX BLESSÉS DES MAXILLAIRES DE LA FACE.

ECOLE DENTAIRE DE PARIS

FÉDÉRATION DENTAIRE NATIONALE

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

INVENTIONS ET PERFECTIONNEMENTS

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE

LIVRE D'OR DES DENTISTES

NÉCROLOGIE

NOUVELLES

RÉUNIONS ET CONGRÈS

REVUE DES REVUES

SOCIÉTÉS SCIENTIFIQUES

SOCIÉTÉ D'ODONTOLOGIE DE PARIS

TRAVAUX ORIGINAUX

VARIA

NOMS D'AUTEURS [1]

1. Les noms en italique indiquent les auteurs qui ont pris part aux discussions de la Société d'Odontologie.